MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cadernos HumanizaSUS

Volume 5
Saúde mental

Brasília - DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Cadernos HumanizaSUS

Volume 5
Saúde Mental

Brasília – DF
2015

Sumário

Humanização e saúde mental – Cuidado humanizado é cuidado em liberdade

Este quinto volume dos cadernos temáticos da Política Nacional de Humanização (PNH) dedica-se à sistematização das experiências e dos debates que a Reforma Psiquiátrica (RP), em curso no País, vem produzindo. Para todos que vêm acompanhando o crescimento, vivendo os tropeços e empreendendo seus esforços pela consolidação do SUS em nosso país, essa produção se reveste de especial significado.

Alcançamos o primeiro quarto de século da mais complexa, ousada e desafiadora política de saúde que o Brasil já construiu, talvez com uma única certeza: a de que, se ainda não garantimos um SUS resolutivo, equânime e humanizado, temos sim, um longo e robusto percurso de construção de um sistema público de saúde que já não comporta silenciosamente formas de cuidar excludentes, nem saberes e poderes absolutizantes, como os que marcaram a vida de milhares de pessoas nos mais de 200 anos de história dos manicômios.

A melhoria no acesso e na qualidade na atenção em saúde mental em uma Rede de Atenção Psicossocial encontra-se, certamente, entre os maiores desafios que este sistema ainda tem por enfrentar na perspectiva de cumprir sua finalidade de garantir serviços de saúde com qualidade, atendimento integral, inclusivo a todo cidadão brasileiro. Se este debate pode ser colocado nesses termos e tomar espaço nos serviços, eventos científicos, publicações como esta – que marca os 10 anos de percurso da Política Nacional de Humanização – é porque temos na convergência dos processos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica posições éticas, estéticas e políticas muito caras ao projeto de uma sociedade mais justa, cujos resultados, ainda que lentos, começam a ser percebidos. Mais que dois processos coletivos paralelos em um campo temático aproximado, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica são mutuamente potencializadoras e eticamente equivalentes, quando entendidas em suas radicalidades utópicas, sustentadas até hoje, em grande parte, mesmo passados mais de 20 anos de suas institucionalizações. Ao afirmar, no artigo que abre esta coletânea, que PNH e saúde mental "são apostas que se constroem nas bordas e [fissuras de um] cotidiano conservador", Sílvio Yasui reforça tal compreensão e aponta a perspectiva político-metodológica que vai marcar os escritos que o seguem.

Significa dizer – correndo o risco de estarmos enunciando o óbvio – que a luta por um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado para a população que padece de sofrimento psíquico passa pelo reconhecimento desses sujeitos como cidadãos que gozam do direito de buscar ajuda quando avaliarem necessário, de dispor de uma rede de atenção com diferentes serviços a serem acessados em diferentes circunstâncias de suas vidas. Enfim,

que não tenham seus destinos selados por um diagnóstico que os atrele indelevelmente a um modo de “tratar” pautado no isolamento manicomial e no cuidado tutelar.

Em outras palavras, estamos dizendo – e, com isso, reafirmando a tautologia anunciada no subtítulo destes cadernos – que só faz sentido falarmos em humanização do cuidado em saúde mental se estivermos tratando de sujeitos livres, pelo menos na forma como a Política Nacional de Humanização compreende e define a humanização – como efeito concreto de relações entre sujeitos e coletivos, cujos encontros, diferenças, paixões e desavenças os tornam mais potentes, mais sensíveis às necessidades uns dos outros e mais dispostos a novos encontros.

Os escritos que compõem este caderno temático apontam nessa direção. São reflexões retiradas do campo da saúde mental que, em seu conjunto, defendem na radicalidade o cuidado com a vida. Mas a vida que não se apresenta de uma só forma, nem cabe em uma só pessoa, a vida entendida em sua multiplicidade trágica, entre dores e delícias, altos e baixos e que pede acolhida nas mais diversas circunstâncias, nem sempre harmônicas, nem sempre como nossos serviços e normas institucionais gostariam que ela se apresentasse. Os textos que fazem esses debates foram agrupados em 4 diferentes sessões: são 13 artigos, 5 relatos de pesquisas, 10 experiências em debate e 4 reportagens. No conjunto, a par da diversidade regional, pluralidade de *lócus* institucionais e mesmo perspectivas teóricas entre os autores, uma mesma diretriz: a afirmação de que humanização, no campo da saúde mental, significa fazer avançar princípios e estratégias da Reforma Psiquiátrica brasileira. Isso não os impede de reconhecer os impasses que o SUS tem a superar, ou a distância que pode existir entre o tipo de atenção preconizado pela política nacional de saúde mental e o efetivamente encontrado pelos usuários nos serviços de saúde. Ao contrário, é justamente no reconhecimento da magnitude desses desafios que se busca subsídios, no âmbito da saúde coletiva, para qualificar o cuidado em saúde mental.

Mas é também pelo comprometimento com a busca de soluções e alternativas que entendemos pertinente pensar em que sentido os aportes da PNH oferecem contribuições às atuais especificidades do campo da saúde mental. Os autores aqui reunidos se dispuseram a compartilhar os dilemas, as análises e as experimentações que o complexo campo de cruzamento das várias políticas públicas vem produzindo.

Ainda que tenhamos muito a aprender sobre o que nos humaniza, os textos deste volume nos revelam o quanto já temos para contar acerca de outras formas de lidar com esta experiência demasiada humana que é a loucura.

Parte 1 – Artigos

Entre o cárcere e a liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar[1]

Silvio Yasui[2]

Artigo

[1] Este artigo compôs o número temático sobre Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização da Revista Pólis e Psique, Porto Alegre, v. 2 n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115>.

[2] Psicólogo, professor da graduação e da pós-graduação em Psicologia da Unesp – Assis, SP. Doutor em Saúde Pública pela ESNP/Fiocruz. Contato: <silvioyasui@gmail.com>.

Resumo

O texto apresenta algumas reflexões sobre o desafio da Reforma Psiquiátrica (RP) e da Política Nacional de Humanização (PNH) em mudar os modos de cuidar e de produzir saúde no cotidiano dos serviços. Partindo de observações e de inquietações sobre o atual cenário de ambas políticas, marcado por uma tendência conservadora como, por exemplo, pelas ações para o recolhimento e a internação compulsória que autoridades municipais e estaduais estão implementando, o autor busca explicitar que o cuidado tem a liberdade como princípio e exigência ética e que tais medidas afrontam este princípio representando um preocupante retrocesso na política pública de saúde mental. Destaca, ao final, que ambas as políticas (PNH e Saúde Mental) são apostas que se constroem nas bordas e nas fissuras deste mesmo cotidiano conservador, o que representa um imenso desafio.

Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.
(BRECHT, 2003, p.)

A epígrafe citada anteriormente do dramaturgo Bertolt Brecht serve de mote e de inspiração para o presente texto que busca refletir sobre o desafio da Reforma Psiquiátrica (RP) e da Política Nacional de Humanização (PNH) em mudar os modos de cuidar e produzir saúde no cotidiano dos serviços.

Tomo como material, observações e inquietações sobre o atual cenário de ambas políticas e de alguns eventos que frequentam as páginas de jornal e a mídia de maneira geral, como por exemplo, a denúncia sobre a precária condição de cuidado em um hospital psiquiátrico na região de Sorocaba e as ações para o recolhimento e a internação compulsória que autoridades municipais estão implementando.

Inicialmente, apresento quatro cenas em diferentes momentos históricos, extraídas da minha experiência pessoal:

Cena 1 – O ano é 1976. Desço do ônibus na rodovia Presidente Dutra e o motorista me aponta para uma estrada de chão batido. Sigo por ela por uns 3 quilômetros até chegar a uma imensa construção. Na porta a placa: Hospital Psiquiátrico. Sou recebido pela psicóloga que pergunta qual ano que estudo. "– Segundo", respondo com certo constrangimento. Com um olhar desanimado, ela pede a um auxiliar de Enfermagem que me mostre o hospital. Caminho pelos corredores sentindo náuseas causadas pelo forte cheiro de urina, de fezes e de desinfetante barato. Chego ao pátio. Dezenas de pacientes deitados no chão, muitos seminus. Suas roupas estão quase todas rasgadas, sujas. Tenho a impressão de que são vários mendigos. Ao me verem, aproximam-se, pedem cigarro, dinheiro. Pedem, pedem. Uma solicitação, repetida por muitos chama a minha atenção: "– Me tira daqui!"[3]

[3] Embora a frase apresente um erro, está escrita como ouvi tantas vezes.

Cena 2 – Sigo por uma longa estrada até chegar ao município de Franco da Rocha e logo chego à entrada do hospital. Entro e vislumbro os belos jardins do Juquery. Estamos no ano de 1983 e é minha primeira semana de trabalho. Sou recebido pelo diretor clínico que me informa: serei o único psicólogo disponível para a assistência (outro estava em um cargo administrativo). Sou eu para mais de 4 mil internos. Vou conhecer algumas enfermarias. Chego ao pátio e vejo a mesma cena. Dezenas de pessoas deitadas no chão. Ao me verem, várias vêm em minha direção, pedindo cigarro, dinheiro. Pedem, pedem. Em muitos o mesmo pedido/súplica: "– Me tira daqui!"

Desta vez não era um estagiário voluntário. Engajo-me em um ousado projeto que visava mudar aquela instituição e transformar a vida daqueles pacientes. Realizaram-se contratações, novas internações foram proibidas, reformas foram realizadas. Participei mais diretamente no Projeto dos Lares Abrigados, uma proposta para mudar as unidades e dar conta da população de pacientes moradores, ofertando um lugar e um cotidiano diferente do hospício. No cenário mais amplo, vários outros hospitais psiquiátricos iniciaram também

importantes processos de mudança e ampliou-se o número de serviços ambulatoriais. Eram os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica em São Paulo.

Cena 3 – O ano é 1997. Estou a caminho de um hospital psiquiátrico privado para realizar uma avaliação. Faço parte de uma equipe de Secretaria de Estado da Saúde que realizou várias vistorias nos hospitais com o objetivo de classificá-los e enquadrá-los nas, na época, novas normas oriundas a partir da Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. São os primeiros movimentos que se fortalecerão poucos anos depois com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). Nova longa estrada até chegar ao hospital. Somos recebidos pela direção que se queixa dos baixos valores pagos pelo SUS. Ao entrarmos, percebo que a limpeza recente não oculta o que está impregnado nas paredes: o cheiro de fezes e urina. Novamente, no pátio, os pacientes estão com roupas novas demais para o momento. Ao nos verem, aproximam-se olhando, temeroso o diretor que nos acompanha. Mesmo como sua presença intimidatória, muitos não se acanham e pedem cigarro, dinheiro. Pedem, pedem. Alguns pedem/suplicam: "– Me tira daqui!"

Cena 4 – O ano é 2012. Meus alunos comentam – "Assistiu na TV aquela reportagem denúncia sobre um hospital psiquiátrico?" Meses antes, na mesma região, foi criado o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas) que denunciava o alto índice de mortes nos hospitais psiquiátricos. A reportagem exibia as mesmas cenas. Pacientes com roupas rasgadas ou seminus, deitados no pátio, forte cheiro de fezes e de urina. Foco em um paciente que pede: "– Me tira daqui!"

Uma ampla mobilização de segmentos sociais para intervir no hospital é um avanço institucional relevante e não pode deixar de ser citado. Representantes de diversas instituições[4] realizaram importante ação conjunta para a realização de um censo com os seguintes objetivos: efetuar a identificação civil das pessoas internadas de forma a propiciar-lhes benefícios assistenciais e previdenciários; o levantamento dos principais dados psicossociais; e subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde mental para a região com vistas à desinstitucionalização das pessoas ali internadas.

Contudo, a existência de um hospital psiquiátrico com as características asilares, como o denunciado, após anos de Reforma Psiquiátrica, deixa-nos com certo gosto amargo na boca. Entre a primeira e a última cena passaram-se 36 anos. A Reforma Psiquiátrica transformou-se em uma ampla política pública, ampliando a rede de serviços e as ações da saúde mental, reduzindo leitos psiquiátricos, aumentando o investimento na rede extra-hospitalar. Ao assistir à reportagem, é inevitável não sentir certo desassossego, quase desânimo, em constatar que, apesar de avançarmos em muitos aspectos, o manicômio ainda exibe a sua face mais cruel e violenta, nos encarando de modo desafiador.

[4] Conselho Nacional de Justiça, Ministério Público Estadual de São Paulo, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Coordenação Nacional de Saúde Mental – Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba, Conselho de Secretarias de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems), Conselho Estadual de Saúde, Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Campinas, Complexo Hospitalar Ouro Verde – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP, Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (Cetes – SMS – Campinas), Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Carlos – campus Sorocaba, Laboratório de Saúde Mental Coletiva – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, Faculdade de Americana – Departamento de Psicologia, Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

Tal face tenebrosa ressurge, também, nas palavras e nas ações de prefeitos que investem pesado contra os dependentes químicos, propondo internação compulsória como recurso de tratamento, sendo aplaudido por amplos setores conservadores da sociedade e, especialmente, pelos donos de comunidades terapêuticas que certamente obterão lucros financeiros com estas medidas policialescas e higienistas. Ofertam o mesmo modo de tratar, mas seguem indiferentes à dor, ao sofrimento, à singularidade e à complexidade das vidas que são retiradas das ruas e enclausuradas. Quantos pedidos de "– Me tira daqui!" ainda são necessários? "Os processos de 'anestesiamento' de nossa escuta, de produção de indiferença diante do outro, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento" (BRASIL, 2008, p. 12).

O trecho acima citado é da Cartilha da PNH sobre Acolhimento e Classificação de Risco e alerta para os efeitos danosos de uma crescente mercantilização das relações entre os sujeitos e da vida. Efeitos que se corporificam no cotidiano dos serviços de saúde e, de uma forma mais inquietante ainda, nos serviços de saúde mental. Anestesia, esquecimento ou indiferença a uma diretriz vital para mudar nosso modo de cuidar do sofrimento psíquico: liberdade.

Em um artigo, Nicácio e Campos (2007) abordam a relevância e a necessária afirmação da liberdade para a superação do modelo asilar. No início do texto apresentam títulos de documentos do Ministério da Saúde, que tratam da liberdade como tema: *Saúde mental: cuidar em liberdade e promover a cidadania* (BRASIL, 2004). *Liberdade é o melhor cuidado* (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001). Acrescentaria a esta lista mais dois itens: um caderno de textos organizado pelo Conselho Regional de Psicologia-06 intitulado *Trancar não é tratar*; e a frase transformada em um cartaz e repetida muitas vezes pelos militantes da luta antimanicomial: *Saúde não se vende, loucura não se prende.*

No texto, os autores retomam a produção do psiquiatra italiano Franco Basaglia, especialmente suas reflexões sobre a experiência como diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde, ao se deparar com a violência do manicômio e a destruição das pessoas internadas, inicia um radical processo de crítica e de transformação da instituição. Seus escritos problematizaram a condição da pessoa internada e os significados do manicômio, questionando a Psiquiatria, seus instrumentos e sua finalidade como ciência. Basaglia destacava que a transformação da condição do paciente internado exigia a criação de propostas que tivessem por princípio a sua liberdade.

Uma de suas mais famosas expressões, inspirada na fenomenologia de Husserl e como profunda crítica à objetivação do homem pela Psiquiatria positiva, é a de colocar *a doença entre parênteses*, o que se traduzia no cotidiano em um intenso trabalho de produzir ações plurais, responsabilizar-se pelo cuidado do paciente, identificar sua necessidade, escutar

seu sofrimento, iniciando a "produção de uma diversa e complexa prática terapêutica pautada na compreensão da pessoa, na transformação de suas possibilidades concretas de vida, a partir da construção cotidiana do encontro e da intransigente afirmação da liberdade" (NICÁCIO; CAMPOS, 2007, p. 146).

Na perspectiva basagliana, liberdade não é resultado e sim base da prática terapêutica.

Ou seja, não é possível pensar o cuidado ao sofrimento psíquico considerando-o apenas como um diagnóstico resultante das disfunções de interações neurobioquímicas, nem tampouco com práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir, que incidam sobre o já precário poder de contratualidade que o sujeito tem sobre si e sobre as coisas do mundo. Muito menos com práticas que o submetam a um regime de controle e de vigilância sobre todas as suas ações cotidianas. O resultado histórico deste modo de pensar a dor psíquica é bem conhecido: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana.

Nicácio e Campos (2007) destacam que pensar o cuidado em liberdade provoca inovações na prática terapêutica, inscreve novas profissionalidades e representa nova projetualidade nos processos de coproduzir com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico projetos de vida nos territórios.

Trata-se aqui de deslocar-se do Manicômio como o lugar zero de trocas sociais (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001) e da doença como objeto simples, para o território, plano do cotidiano no qual o sofrimento psíquico, tomado como objeto complexo, implica a vida em suas múltiplas dimensões e cuja perspectiva de cuidado, portanto, significa atuar na transformação da subjetividade e dos modos de viver.

É um ousado projeto de um cuidado que se constrói a partir de criações produzidas em encontros que coproduzem sujeitos e projetos de vida. Coprodução dos sujeitos só pode ser feita em liberdade regida pela ética da autonomia. É um projeto ético-estético-político:

> [...] ético no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estético porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; político porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste "estar com", potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6).

A citação anterior refere-se à diretriz do Acolhimento da Política Nacional de Humanização, mas se aplica perfeitamente ao que argumentávamos sobre o projeto da Reforma

Psiquiátrica. Isto evidencia como ambas as políticas compartilham dos mesmos princípios e posicionamentos ético-estético e político. Falamos aqui da produção do cuidado ao sofrimento psíquico, indissociável da produção de saúde. Falamos aqui da construção e da consolidação do SUS. Para a PNH, o SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Humanização do SUS é entendida como:

> [...] – Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
>
> – Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
>
> – Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
>
> – Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
>
> – Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual [...] (BRASIL, 2008, p. 18-19).

Podemos afirmar que, tanto a PNH quanto a RP, buscam se impor como força de resistência ao atual projeto hegemônico de sociedade que menospreza a capacidade inventiva e a autônoma dos sujeitos. É uma aposta na potência que emerge no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados: uma aposta política (PASCHE; PASSOS, 2008)

Aposta que encontra enormes resistências e obstáculos. Ao olharmos para a corrente conservadora que ainda domina amplos setores da sociedade e que se refletem nos modos de se fazer a gestão na saúde, como as recentes ações para internação compulsória dos dependentes químicos, temos a sensação de que estamos muito distantes de ver implantada os princípios que acima nomeamos. É o que frequentemente escuto quando discuto essas questões com os trabalhadores da Saúde. Via de regra, afirmam tratar-se de um bonito discurso e apenas isso. Parece que a dura realidade cotidiana é imutável e impermeável a qualquer tentativa de mudança. Frases como “Usuário é assim mesmo!”, “A gente nunca consegue nada, não somos gestores”, “O problema da saúde é que todo mundo é funcionário público”, “Paciente em crise precisa de hospital psiquiátrico” e outras tantas expressam as forças conservadoras presentes nos modos de pensar/agir que continuam a nos atravessar, seduzindo-nos a sermos acomodados.

A rigidez dos processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde, modos de cuidar centrados na doença; trabalhadores destituídos da capacidade de decidir e usuários que só são escutados, impacientemente, em suas queixas: tudo isso contribuiu para uma naturalização do cotidiano produtor de indiferença ao sofrimento do outro, uma máquina de reprodução de relações de assujeitamento, heteronomias, subjetividades servis e tristes.

Neste cenário, instituir como política de saúde a internação compulsória/cárcere dos usuários de *crack* é retroceder a medidas arcaicas e ineficazes. É insistir no erro histórico que a Reforma Psiquiátrica tanto investiu para mudar. É voltar a ouvir a frase "– Me tira daqui!"

Mas afinal, qual a potência das apostas da Reforma Psiquiátrica e da PNH?

Olho novamente para a experiência italiana e seus efeitos na Reforma Psiquiátrica brasileira. Vejo o quanto a vida dos usuários dos serviços de saúde mental, lá e cá, transformou-se a partir do que foi inventado e criado como Política de Saúde Mental. Da oferta exclusiva e compulsória de internação em um hospital psiquiátrico, temos, no Brasil, uma ampla e diversificada oferta de serviços e de ações que contemplam diferentes dimensões e necessidades: temos os Centros de Atenção Psicossocial (em suas várias modalidades) como serviços territoriais para acolher e cuidar do sofrimento psíquico intenso; aos que habitaram por anos o manicômio temos os Serviços Residenciais Terapêuticos; para o trabalho os Projetos de Geração de Trabalho e Renda; temos ainda projetos de arte e cultura e outras tantas criações que por vários lugares vão sendo experimentadas. Pessoas que provavelmente teriam como destino viverem encarceradas em Hospitais Psiquiátricos, submetidas a um cotidiano mortífero, encontram outras possibilidades de cuidado que apostam em modos distintos de levar a vida.

Olho também para as inúmeras e exitosas experimentações que a cada dia surgem no *blog* <humanizasus.net>, evidenciando a força e a potência dos dispositivos da PNH, produzindo efeitos na vida das pessoas que frequentam os serviços de saúde e que são acolhidas, ouvidas em suas necessidades, cuidadas e se corresponsabilizando por seu cuidado.

Essas são evidências que demonstram que o cuidado é produção de vida, criação de mundos. Temos um imenso desafio: reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar e tomo novamente emprestado do texto sobre Acolhimento alguns princípios que devem nos nortear:

• o coletivo como plano de produção da vida;

• o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida; e

• a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...) (BRASIL, 2010, p. 8-9).

Nossa aposta aponta para outro mundo possível, que se constrói nas bordas, nas fissuras, na contramaré, nadando contra a corrente. Se o cotidiano reproduz sujeitamentos, heteronomias, subjetividades servis e tristes, é preciso abrir brechas e fissuras neste cenário densamente conservador, alheio e surdo aos pedidos de "– Me tira daqui!", que ainda ecoam. No cotidiano e no coletivo precisamos apostar na potência da criação e da invenção que se dá em liberdade e no bom encontro.

"Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado" (BRASIL, 2010, p. 8).

Nada é natural, nada é impossível de ser mudado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**: cuidar em liberdadee promover a cidadania. Brasília, 2004. (Caderno Informativo do Congresso Brasileiro de CAPS).

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, 2010.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (São Paulo). **Trancar não é tratar**: liberdade: o melhor remédio. 2. ed. São Paulo, 1997.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centrosde atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, jan./jun. 2008.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje[1]

Tania Mara Galli Fonseca[2]

Regina Longaray Jaeger[3]

[1] Este artigo compôs o número temático sobre Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização da Revista Pólis e Psique, Porto Alegre, v. 2 n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115>.

[2] Professora titular do Instituto de Psicologia da UFRGS, professora dos programas de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional e de Informática Educativa/UFRGS. Contato: <tfonseca@via-rs.net>.

[3] Doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Bolsista Capes. Contato: <regina.longaray@ufrgs.br>.

Resumo

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) tem como objetivo a qualificação das práticas de gestão e de atenção em saúde. O diferencial a que se propõe é a construção de plano transversalizando conceitos, funções, sensações, saberes, poderes, conectando produção de saúde ao campo da gestão. Plano que necessita ser permeado de novos sentidos para a saúde/adoecimento mental. A Reforma Psiquiátrica (RP) introduziu outros modos de tratar a doença mental, mas percebe-se, mesmo assim, a naturalização e a perseveração dos diagnósticos e dos modos mais tradicionais de lidar com as condutas díspares. Nesse sentido, devendo-se reafirmar que a PNH não se encontra orientada pela busca de prescrições, indaga-se: como o que se denomina saúde mental é tratada na rede HumanizaSUS? O presente artigo propõe discutir a necessidade de uma formação que problematize os novos modos de gestão da vida, o controle normatizante das disparidades e os novos arranjos da loucura.

Palavras-chave:

Loucura. Doença mental. Poder psiquiátrico.

Apresentação

A luta pela democratização do País, no campo da saúde, exprimiu-se em grande parte, pelo processo denominado Reforma Psiquiátrica, contemporâneo ao movimento sanitário, iniciado na década de 1970. Estes movimentos visavam à reformulação dos modelos de assistência e de gestão, de defesa da saúde coletiva, de equidade na oferta de serviços e tiveram como aspecto importante a participação dos trabalhadores e dos usuários de saúde nos processos de gestão e de tecnologias de cuidado. Esses movimentos sociais heterogêneos conquistam direito nas instâncias máximas de decisões em saúde, confere ao SUS uma singularidade histórica e internacional de controle social. "Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde" (CECCIM, R.; FEUERWERKER, 2004, p. 43). Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica referiu-se à ruptura da centralidade do procedimento psiquiátrico que separava e demarcava parte da população considerada doente mental e, portanto, incapaz de compartilhar sua vida no social. Para superar este modelo de gestão da população, a Reforma Psiquiátrica, com estreita relação com o movimento sanitário e à concepção de um SUS, empreendeu um conjunto complexo de transformações relacionadas à concepção de saúde e à doença mental: "movimento que passa a reivindicar transformações das relações entre cultura e loucura, até então demarcadas pela normatização" (LOBOSQUE, 2009, p. 18).

O protagonismo dos usuários e dos trabalhadores compromissados na afirmação de um novo jeito de fazer saúde demarca a reorientação da nova ação política e institucional visando à superação do modelo de atenção à saúde mental centrado no manicômio. Nesse sentido, a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) contribui, nesta nova configuração de forças instituintes, com o objetivo de qualificação das práticas de gestão e de atenção em saúde. A humanização propõe-se a implementar condições de produção de novas atitudes por parte dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, de novas éticas no campo da gestão do trabalho e das práticas de saúde. Isso implica práticas sociais ampliadoras dos vínculos de solidariedade e de corresponsabilidade, por meio da tríplice inclusão: nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e dos coletivos (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 7). Desse modo, os princípios de PNH afirmam a inseparabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade das práticas ampliadoras da comunicação e dos processos de negociação "permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns" (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 7). A Política de Humanização pode ser entendida como a construção de um plano de ação cujas práticas tecem redes transversalizando conceitos, funções, sensações, saberes, poderes, conectando produção de saúde ao campo da gestão. A PNH não busca prescrever um modo certo de se fazer por considerar tais atos relacionados a uma discursividade moral e normatizante.

Busca afirmar uma política ampliadora de responsabilidades, de singularidades e de gestão produtora de saúde:

> A inclusão tem o propósito de produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação, alterando as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder; e de conectar suas práticas de produção de saúde ao campo da gestão, pois aquelas derivam das condições institucionais que definem os modos de funcionamento da organização, tarefa da gestão (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 7).

Para a PNH, diretrizes éticas e políticas do cuidado e da gestão concretizam-se no acolhimento, na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento de redes. Mas para quem são orientados estes cuidados? Quais são os usuários a quem direcionamos os cuidados de atenção e de gestão humanizada? Quais são as condições e as circunstâncias que determinam ao usuário os lugares que passa a ocupar nas diferentes redes que constituem a atenção à saúde? Como as políticas públicas acompanham as necessidades da população?

O movimento da Reforma Psiquiátrica, ao romper com a centralidade do manicômio, propôs-se a produzir novos conceitos, novas funções e novas percepções da loucura. Trata-se de rupturas que fazem parte da formação e da concepção do SUS à medida que propõe um conjunto de transformações relacionadas aos modos de cuidar da saúde humana. Apesar das intenções reformistas, que propunham a superação das internações, de sua substituição por meio de serviços de assistência, das transformações de nossos modos de cuidar da saúde, percebe-se uma naturalização dos diagnósticos e da persistência dos modos mais tradicionais como temos nos referido a esta característica humana, denominada Transtorno Mental. A loucura, o díspar, tende a ser incorporado na vida comum, na versão de doença mental psiquiátrica. Subjetivados como doentes mentais a partir de condições pré-determinadas pelas classificações psiquiátricas, os indivíduos submetem-se ou são submetidos a viver dependentes de instituições de cuidados.

Por esta via, assistimos, no contemporâneo, a uma progressão epidêmica de doenças psiquiátricas que não podemos ignorar. Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que os transtornos depressivos unipolares estão em terceiro lugar na classificação da carga global de adoecimentos. Além do que, governos estão especialmente preocupados com as perdas econômicas relacionadas a estas doenças (DEPRESSION..., 2012, p. 1203). No Brasil, o número de acidentes de trabalho apresentou uma redução de ocorrências, enquanto os transtornos mentais e comportamentais passaram a ocupar o terceiro lugar em quantidade de concessões de auxílio-doença. Entre os transtornos mentais e comportamentais que mais afastaram os trabalhadores em 2011 foram Episódios

Depressivos, Outros Transtornos Ansiosos e Reações ao Estresse Grave e Transtornos de Adaptação (MPS, 2012).

Como então a PNH vem tratando das configurações relacionadas à loucura? A Política Nacional de Humanização tem o grande desafio de construção de um SUS orientado para o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos. Formação que envolve a construção de novas práticas de saúde e que seja capaz de acionar novos modos de ser, de sentir, de agir, intervindo nos modos de gestão de saúde, capazes de produzir "novos sujeitos", ou seja, corresponsáveis e partícipes na afirmação das políticas do SUS. Como acolhemos os díspares em instituições de saúde? Como acolher usuários e trabalhadores em situações de sofrimento mental, físico, moral, sem naturalmente selecioná-los, classificá-los e generalizá-los a determinadas categorias de doenças?

Seremos capazes de propor novas práticas políticas quando estamos imersos em um mundo onde instrumentos panópticos generalizados arregimentam cada vez mais novas materialidades, onde a vigilância absolutamente faz parte desta trama mais comum de nossas vidas?

Quais são as escolhas que determinam as necessidades de cuidados destinados à população? Quais são os critérios avaliativos sobre os corpos que determinam as orientações dos mecanismos institucionais de atendimento? Quais as condições de entrada e de saída do usuário na rede de atenção à saúde?

Propomos examinar possibilidades de viver sem assujeitar o pensamento a comparativos relacionados ao "jeito bom de ser"; fazer um esforço para romper com nossos binarismos e nossos critérios de corte; viver a vida a partir da diferença, dos processos transversais que constituem os arranjos heterogêneos que compõem nossas existências.

São inequívocos os avanços da Reforma Psiquiátrica, da ampliação e da complexificação dos cuidados relativos aos usuários, da reorganização institucional dos atendimentos com o objetivo da inclusão protagonista dos diferentes segmentos sociais envolvidos na saúde. Conquistas políticas, ainda em francas disputas com regimes concentrados em modelos biomédicos, perseveraram. Em nome da prevenção, dos riscos, dos estados potenciais de adoecimento, do crescente aumento de distúrbios mentais somos tentados a reforçar políticas relacionadas às classificações diagnósticas, relacionando condutas a estados de anormalidades que não podem ser corrigidas. Propomos pensar sobre o processo e a ampliação de saberes, de poderes na atenção à saúde e às medidas escolhidas pelo Estado para melhorar a vida das pessoas. Abrir linhas que transversalizam o campo unitário do discurso psiquiátrico por meio da arqueologia foucaultiana como uma prática para romper com as dicotomias ainda tão demarcadas em nossas práticas. Em suma, acontecimentalizar a evidência de nossas práticas e dos saberes constituídos pelo arquivo da loucura.

> Chamarei arquivo não a totalidade de textos que foram conservados por uma civilização, nem o conjunto dos traços que puderam ser salvos de seu desastre, mas o jogo das regras que, numa cultura, determinam o aparecimento e o desaparecimento dos enunciados, sua permanência e seu apagamento, sua existência paradoxal de acontecimentos e de coisas. Analisar os fatos de discurso nos elementos gerais do arquivo é considerá-los não absolutamente como documentos (de uma significação escondida ou de uma regra de construção), mas como monumentos; é-fora de qualquer metáfora geológica, sem nenhum assinalamento de origem, sem o menor gesto na direção do começo de uma *arché*-fazer o que poderíamos chamar, conforme os direitos lúdicos da etimologia, alguma coisa como uma arqueologia (FOUCAULT, 2004, p. 95).

O arquivo da loucura, o jogo de regras que seleciona, dentro da massa de discursos efetivamente falados sobre a loucura, os que permanecem com suas regras, práticas de funcionamento; o que pode ser dito, conservado e reativado na memória. É preciso fazer a acontecimentalização dos saberes, constituídos por esta arqueologia, ou melhor, por uma genealogia ou uma cartografia:

> Que é preciso entender por acontecimentalização? Uma ruptura da evidência, primeiramente. Aí, onde se estaria bastante tentado a se referir a uma constante histórica ou a um traço antropológico imediato ou ainda a uma evidência se impondo do mesmo jeito a todos, trata-se de fazer surgir uma 'singularidade'. [...] Analisar os acontecimentos que a história "desacontecimentalizou" em mecanismos econômicos, antropomórficos (FOUCAULT, 1994, p. 23-25).

A questão que Foucault coloca é analisar os acontecimentos com a tarefa de discerni-los, dentro dos agenciamentos, "achar de novo as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias..." (FOUCAULT, 1994, p. 23). Recusar, portanto, as análises que se referem a um campo simbólico, da língua e dos signos:

> A historicidade que nos leva e nos determina é belicosa; ela não é linguageira. Relação de poder, não de sentido. A história não tem sentido [...] ao contrário, ela deve poder ser analisada até dentro de seu menor detalhe: mas segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias e das táticas (FOUCAULT, 1994 p. 145).

Remarcados caminhos

A partir de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari, traçamos novos planos de imanência, de referência e de composição para analisar os campos de saberes da saúde, que nos convidam a novas apreensões do mundo. Enfatizamos estes autores apenas por medidas de precaução. São autores que concebem arranjos coletivos e maquínicos que rompem com formações discursivas subjetivantes, organizadas em torno do conceito de sujeito (humano, falante, trabalhador, consumidor). E, cada vez que pensamos que os alcançamos, eles escapam. Repetição da diferença, sempre há algo novo nestes encontros. Jogo tenso e lúdico dos saberes sempre recomeçados. Jogos inconformes com o que aí se apresenta. Jogos de saber que induzem ao comentário, ao abandono de ferramentas conceituais por cansaço e/ou enfado. Insistiremos mais um pouco, quando ainda resta fôlego ou mesmo por teimosia. Mas também por sentir que ainda oferecem matérias e acontecimentos inesgotáveis.

Foucault nos fornece elementos importantes que permitem questionar o modo como o sofrimento mental, físico, social, econômico vem ganhando cada vez mais o estatuto de doença mental e se afirma gradativamente em novos arranjos em nossa existência mais comum. E com isso, o poder psiquiátrico vai adquirindo cada vez mais novos poderes em função da proteção, da vigilância e da segurança estatais contra os desvios sociais.

O processo de produção do devir humano foi atravessado pela psiquiatrização que se dá concomitante à formação dos estados modernos, ao processo de urbanização, ao processo de trabalho remunerado, ao processo de asilamento dos considerados incapazes. Psiquiatrizando-se, o devir humano do animal prende-se a equipamentos, matérias que dão corpo a uma produção "conceitual-filosófica, funcional-científica e perceptiva/afetiva-artística" (DELEUZE; GUATTARI, 1992,). Assim, criam-se conceitos filosóficos, inventam-se personagens conceituais pró-filosóficos e traçam-se um plano de imanência pré-filosófico (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 76). Do mesmo esforço, surgem funções científicas, observadores parciais e um plano de referência, bem como, eclodem perceptos e afetos, situações estéticas e um plano de composição. E assim, justificam-se os agenciamentos que constituem doenças.

Na modernidade, o homem da razão delega ao médico a relação com a universalidade abstrata da doença do louco. E este, por sua vez, comunicar-se-á com o médico por meio da intermediação de uma razão abstrata, "que é ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo, exigência de conformidade" (FOUCAULT, 1999, p. 141). "A linguagem da psiquiatria, que é o monólogo da razão sobre a loucura, só pode estabelecer-se sobre um tal silêncio" (FOUCAULT, 1999, p. 141). Silenciamento que vem antes da constituição da loucura como doença mental. Vem do gesto primitivo de recusa da experiência-limite que

cria a possibilidade de história. A história impõe o silenciamento de certos acontecimentos. É aí que é possível a separação, muito antes, portanto, da própria psiquiatrização da loucura: é "a percepção que o homem ocidental tem de seu tempo e de seu espaço que deixa aparecer uma estrutura de recusa, a partir da qual denunciamos uma fala como não sendo linguagem, um gesto como não sendo obra, uma figura como não tendo direito a tomar lugar na história" (FOUCAULT, 1999, p. 144). A condição da história a partir do século XVIII exige a existência da loucura, do não sentido ou da reciprocidade loucura e não loucura.

Até pouco tempo, o poder psiquiátrico parecia ter um domínio próprio, território pronto onde era permitido dizer quem era louco e não louco. O campo da saúde mental vai desterritorializar este domínio e reterritorializá-lo, de modo ampliado, a novos domínios da prevenção, da promoção, da reportação à doença mental em nome de uma saúde mental. Os procedimentos psiquiátricos passam a fazer parte de vários domínios do conhecimento: da educação, da justiça, do trabalho... "Parece-me que esta difusão do poder psiquiátrico realizou-se a partir da infância, isto é, a partir da psiquiatrização da infância" (FOUCAULT, 2006, p. 255). Até meados do século XIX, o desenvolvimento mental infantil era selecionado dentro de uma elaboração teórica que sustentava a possibilidade de "correção": "idiotias" e "atrasos" mentais eram passíveis de serem curados. Ao longo do século XIX, "é do lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária (instituição pedagógica, modelo de saúde) – sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão desse poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006, p. 255-256). A Psiquiatria rompe com seus limites relacionados à doença mental, ao tratamento e à cura, buscando, no desenvolvimento infantil, amostras e evidências de que há um estado anormal que deve ser devidamente demarcado. A incorporação da criança pelo poder psiquiátrico não passou pela criança louca ou pela loucura da infância. A psiquiatrização da infância foi encarnada pela criança que não acompanha o desenvolvimento normatizado, aquela que, ao não acompanhar as tarefas da escola, logo será chamada atrasada. De modo que, a generalização do poder psiquiátrico vai se fazer a partir de dois processos. O primeiro, por intermédio da elaboração teórica do que é idiotia, noção distinta da doença mental. Serão determinadas as condições que vão indicar atraso e/ou ausência do desenvolvimento, a lentidão e o bloqueio. Estas noções teóricas estabelecem um padrão temporal do desenvolvimento humano, onde estão repartidas as organizações neurológicas e psicológicas, funções, comportamentos e aquisições. Ao adulto caberá a norma como ponto terminal e ideal do desenvolvimento e, à criança, caberá a norma de velocidade do desenvolvimento. Processo comum a todos humanos, balizado por um ponto ótimo de chegada: "o desenvolvimento é portanto uma espécie de norma em relação à qual nos situamos, muito mais do que uma virtualidade que possuiríamos em nós" (FOUCAULT, 2006, p. 263). De modo que o processo de expansão da Psiquiatria vai acontecer por meio da incorporação de variações de uma temporalidade de desenvolvimento normativo, não definidas ainda, como doenças mentais.

Por outra via, o fenômeno das práticas de anexação institucional da anomalia aos espaços da Psiquiatria ocorre a partir da necessidade do modelo capitalista de trabalho. “A assimilação institucional ‘idiota e louco’ se faz a partir da necessidade de liberar os pais para o trabalho” (FOUCAULT, 2006, p. 271). A internação destas “crianças-obstáculos” será plenamente justificada. O conceito de alienação mental rompe com as diferentes categorias, amplia as necessidades de internar tudo o que fosse considerado díspar ao desenvolvimento normal. É esta criança não louca que, no início do século XIX, passa a ser objeto de cuidados: a criança atrasada não é uma criança doente, mas uma criança anormal. Sobre esta criança confiscada será exercido o mais puro poder psiquiátrico. “E que é que faz o tratamento psiquiátrico dos idiotas, senão, precisamente, repetir sob forma multiplicada e disciplinar o conteúdo da educação?” (FOUCAULT, 2006, p. 276). É deste entrelaçamento de novas ramificações que a Psiquiatria vai se disseminar pelos regimes disciplinares, detectando defasagens nos mais diferentes campos: escolar, militar, familiar, laboral. Por reportação ao poder disciplinar que determina um modo certo de ser, em qualquer área da vida, qualquer desvio será considerado anomalia para a Psiquiatria. Por esta via, generalizações disseminam o poder psiquiátrico, ampliando o espectro do doente mental para todo e qualquer comportamento considerado anormal. Esta expansão do poder psiquiátrico acoplado ao poder da educação alia-se, contemporaneamente, ao mercado de trabalho. Refere-se a um território fortemente demarcado por esquadrinhamentos disciplinares dos comportamentos, que criam novas realidades de adoecimento fundados nestes poderes.

A Psiquiatria terá um novo alcance, alarga seus espaços de atribuições e funções. Todos os comportamentos adultos passam a ser comparados com o estatuto fixo do desenvolvimento normal da infância. Não se trata apenas de confiscar a criança com desenvolvimento incomum. Trata-se de passar a psiquiatrizar as condutas, de crianças e adultos, que podem ser comparadas às condutas infantis. Reforça o caráter de fixidez a partir de um balizamento do que é considerado normal e esperado. Este princípio produtor e regulador das condutas não é mais uma doença, “mas um certo estado que vai ser caracterizado como estado de desequilíbrio, isto é, um estado no qual os elementos vêm funcionar num modo que, sem ser patológico, sem ser portador de morbidez, nem por isso é um modo normal” (FOUCAULT, 2001, p. 391). A amplitude do espectro da loucura referenda um funcionamento social esperado. Eis, portanto, uma das funções do poder psiquiátrico: controle social. O processo de transformação da Psiquiatria em tecnologia de defesa, de proteção e de ordem social dá-se por meio da generalização do processo psiquiátrico e alargamento de seu campo de incidência a partir do processo de psiquiatrização da infância.

Da mesma forma, ao utilizarmos palavras como controle social, sofrimento psíquico, humanização dos tratamentos, incapacidade laboral, saúde mental, desestigmatização da doença de forma generalizada, corremos o risco de nos inscrevermos cada vez mais no

maquinismo da ordem estatal dos poderes intercalados de soberania, de normalização disciplinar e segurança e de controle. Por intermédio de uma rede de cuidados estatais, somos capazes de alcançar os mais íntimos espaços para dominar, controlar e decidir questões sobre a vida das pessoas.

Se, em um primeiro momento, a Psiquiatria preocupou-se em assegurar seu saber sobre parte da população demarcada como doente mental, incapaz de convívio social, a partir da metade do século XIX, passa a circunscrever todas as condutas consideradas desviantes. Morel, ao introduzir a noção de "estado" nos anos 1860-1970, amplia o campo das anormalidades do qual pode advir qualquer doença, a qualquer momento. Refere-se "a não saúde mas que pode, ao mesmo tempo, acolher em seu campo qualquer conduta a partir do momento em que ela é fisiológica, psicológica, sociológica, moral e até juridicamente desviante" (FOUCAULT, 2001, p. 398). Mais um elemento integra-se às razões das anormalidades da população. O indivíduo portador de um estado de disfuncionamento carrega consigo uma carga biológica. As demarcações estendem-se pelos corpos familiares. Sempre haverá algum estado de anormalidade que justifique ou predisponha ao estado de adoecimento, as degenerações. Mantém-se a Medicina do patológico e da doença e inclui-se a medicalização do anormal, do incurável e do perigoso. A partir da medicalização ou da gestão das condutas anormais generalizadas, a Psiquiatria formula a teoria da degeneração: o degenerado "é a peça teórica maior da medicalização do anormal". É quando o portador de qualquer desvio será reportado a um estado de degeneração: "vê-se que ela (psiquiatria) passa a ter uma possibilidade de ingerência indefinida nos comportamentos humanos" (FOUCAULT, 2001, p. 401).

Ao se dar o direito de desconsiderar a doença e de relacionar o estado de anormalidade a uma degeneração, a Psiquiatria não mais se atribui a exigência de curar. Efetua simplesmente a função de proteção e de ordem contra os degenerados: "ela se torna a ciência da proteção científica da sociedade, ela se torna a ciência da proteção biológica da espécie" (FOUCAULT, 2001, p. 402). Em nome da defesa e da garantia de proteção da sociedade, ela pretende "ser a instância geral de defesa da sociedade contra os perigos que minam do interior" (FOUCAULT, 2001, p. 403). Todo um maquinismo reforça a tautologia psiquiátrica estendida à Psicologia, ao Serviço Social, ao serviço educacional: circunscrever comportamentos anormais, fixar em classificações, gerenciar para que sejam controlados. Em nome da proteção, toda e qualquer referência de anormalidade será circunscrita ao âmbito da medicalização. A Psiquiatria (a educação, o trabalho, o lazer...) assume a função de defesa da sociedade contra seus perigos.

O gesto incessantemente repetido

Desordens neurológicas, desordens econômicas, desordens sociais. A vida produz sofrimentos que, a qualquer sinal, tendem a receber alguma categoria. E é deste ponto que a Psiquiatria, a Psicologia, o Serviço Social amplificam seu poder na gestão de nossas vidas. A *população psiquiátrica*, com a Reforma Psiquiátrica não perdeu este nome. Cada vez mais descobrem-se novos doentes nas fábricas, nas escolas, nos hospitais gerais. Incessantemente recolhemos estas demandas, exercemos nossa razão científica, estabelecemos as devidas marcas institucionalizantes que potencializam novas produções maquínicas. Quando pensávamos em diminuir os loucos do hospício, constituíamos, por meio dos procedimentos desterritorializados da ciência psiquiátrica e da psicológica, novos objetos doentes. A indústria, o Estado, a comunicação, a arte entram neste festim. Para reabilitar, curar, integrar a loucura tornou-se um grande negócio. Novos procedimentos, novos espaços, novas linguagens constatam a divisão já estabelecida. Resta algo indiferenciado? Neste texto, buscamos nos aproximar desta maquinaria expressiva, analisando alguns de seus arranjos, seus movimentos territorializantes e desterritorializantes. Procuraremos abrir as palavras-atos e os corpos que constituem esses arranjos.

A condição da Psiquiatria é da patologização permanente. Procedimento psiquiátrico que sai dos territórios bem demarcados dos manicômios e alonga-se por meio de mecanismos heterogêneos, cada vez mais fortes, mais ampliados, mais estendidos, intervindo na vida mais comum. Em nome da segurança e da proteção social, a Psiquiatria toma para si, o poder sobre a vida, determinando o direito soberano de vida e de morte: s*e não se tratar, se não seguir a prescrição exata, se não tomar a medicação... morrerá...*

Mas qual é a *experiência da loucura* na atualidade? De quais matérias e acontecimentos é constituída? A loucura, na sua versão doença mental, desamarra-se das camisas de força dos hospitais psiquiátricos para novos dispositivos terapêuticos. Procedimentos manicomiais de tratamento e de cura ampliam-se em inúmeros serviços públicos. No ambiente privado, reservam-se o direito ao sigilo silencioso. No ambiente público, restam os direitos sociais adquiridos. Este conhecimento racional que denominamos doença mental, este acidente patológico, ao qual foi reduzida a loucura, está ligado ao gesto de decisão, "que destaca do ruído de fundo e de sua monotonia contínua uma linguagem significativa, que se transmite e conclui no tempo: em suma, ela está ligada à possibilidade da história" (FOUCAULT, 1999, p. 145).

Na experiência da loucura, da segregação e da exclusão (*e inclusão em outro lugar*) (FOUCAULT, 1999, p. 149), dentro das normas de sensibilidade que a isolam e capturam, as dores e as palavras do louco não existem senão pelo gesto de divisão que as denuncia e as domina. "É somente no ato de separação e a partir dele que se pode pensá-las como

poeira ainda não separada" (FOUCAULT, 1999, p. 146). Ato de decisão, que liga e separa razão e loucura, o que faz oposição entre o sentido e o insensato. Trata-se de um discurso indireto livre, murmúrio anônimo, glossolalia que expressa os acontecimentos que se encarnam em um agenciamento maquínico, em que o ato da palavra pode expressar as dicotomias razão-loucura.

Caberia ao trabalho a consideração de grande produtor de sofrimentos submetidos a categorias de adoecimento?

Diz uma trabalhadora, ouvida pelo serviço de atendimento de um hospital público na França:[4]

> [...] estou na linha de produção desde os 17 anos. Sinto-me como uma máquina. Cada vez mais rápida, ninguém me acompanha. Onde havia 3 agora há 1.Quanto mais rápido, mais reduzem o pessoal. Temos que ser competentes, se não conseguimos acompanhar perguntam: você não é mais competente? Ficamos completamente humilhados.

A função de sua fala para o terapeuta é mostrar o que resta, a dor, a queixa, o sofrimento. Parte do agenciamento da empresa e do mundo, ele pouco ou nada pode fazer. A "peça trabalhador" recebe uma escuta acurada, sensível, expondo sua função produtora reduzida e silenciada em uma organização. No atendimento consegue falar de sua experiência de "enlouquecer" a partir de mecanismos outros, arranjos heterogêneos que não são remetidos imediatamente ao *mental*.

Maquinismo eficiente, ativado por discursos de competitividade, pode produzir efetivamente múltiplos acontecimentos desconsiderados, invisibilizados, que não ganham relevância. Maquinismo que produz renda, conhecimento, trabalhadores-resistentes, trabalhadores-doentes...

Fazemos parte de uma grande máquina capitalista movida por atos que separam comportamentos adequados e não adequados ao capital. Financiamentos estatais ampliam empreendimentos, produzem mais dinheiro, competitividades e cada vez mais doentes.

Desconstituindo discursos, amplificando sutis acontecimentos

Apesar de contribuições acadêmicas vastíssimas, por que contribuímos com tão pouco nos modos como lidamos com a diferença, permanecendo, por exemplo, no campo jurídico dos direitos em relação à saúde mental? Como bons guardiões estatais, insistimos em garantir direitos às necessidades da população. E quem precisa de quê? O Estado entra para conceder aquilo que falta. Falta sustentada por aquilo que é considerado a partir do desvio,

[4] Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés – Nem todos morriam, mas todos eram afetados, Filme dirigido por Marc-Antoine Roudil. 2010. Disponível em: <www.cinefrance.com.b>. Acesso em: Indicar uma provável data de acesso ao *site*.

das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio e sobretudo o que "a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder" (FOUCAULT, 2010, p. 206). Mas o que é que falta para potencializar de modo alegre nossas vidas?

Estranhezas e incertezas do mundo, meros acontecimentos, enclausurados pelas verdades aportadas nas fronteiras entre a razão e a desrazão. Destacamos, depuramos, hierarquizamos, ordenamos modos de ser, de pensar e de sentir em nome de verdades. Criamos espaços reais, efetivos, desenhados na própria instituição da sociedade, espécies de utopias realizadas. São entrecruzamentos de linhas mesmo incompatíveis, abertas, fechadas, substituíveis. Trata-se de heterotopias que, nos termos de Foucault, correspondem à criação de lugares cujas finalidades específicas é a normalização da sociedade. São espaços "singulares", "reais", "localizáveis" que se encontram dentro de certos espaços sociais, cujas funções podem se opor ao próprio funcionamento social. Admitidos dentro de sua base social, "própria de todos os grupos sociais e de todas as culturas" criadas para além dos próprios recortes criados pela sociedade. Lugares outros, "espécie de contestação, simultaneamente mítica e real, do espaço em que nós vivemos" (FOUCAULT, 1994, p. 755-756). Constituímos espaços estatais comuns reservados para os cuidados à saúde e, por sua vez, construímos espaços outros reservados para o exercício do cuidado em saúde mental de uma determinada população diferenciada. A constituição de um espaço específico para atendimento de saúde mental pode, neste sentido, ser entendido como Heterotopias de desvio: "são aquelas nas quais os indivíduos, cujos comportamentos são desviantes em relação à norma ou média necessárias, são colocados" (FOUCAULT, 1994, p. 757). Não são espaços comuns de cuidados com a saúde, são espaços específicos, reais, efetivos desenhados para uma população "necessitada" de cuidados em saúde mental. Se antes dos movimentos reformistas o atendimento era reservado aos desviantes "irrecuperáveis" das heterotopias do desvio, como os hospitais psiquiátricos, agora toda a população pode ter suas necessidades atendidas por intermédio das novas instituições de saúde mental. Qualquer desvio da norma comportamental pode ser considerado caso de saúde mental que deve ser acolhido pela heterotopia do desvio. Apoiada em uma base institucional, diz Foucault, toda uma espessura de práticas é constrangida ao poder centralizador, ligadas à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 2005, p. 171).

Em nome das verdades, a produção discursiva exorciza poderes e perigos dos acontecimentos, mas encarnam-se outros acontecimentos.

Estamos reduzindo nossas trajetórias desterritorializantes às heterotopias disciplinadoras e controladoras ao ampliado do discurso psiquiátrico? Na tentativa de saída dos procedimentos de desmanicomialização, destacamos duas trajetórias desterritorializantes dos procedimentos psiquiátricos abertas pelas instituições estatais. A desterritorialização

dos velhos procedimentos de atenção dos espaços confinados e a reterritorialização destes antigos procedimentos em heterotopias especializadas do desvio, ainda destinadas à cura e à reabilitação. E a desterritorialização dos procedimentos psiquiátricos e a sua renovação, a busca da construção de relações com a saúde, com o singular, com a diferença. Estamos conseguindo construir novas relações com a saúde, romper com as heterotopias do desvio estigmatizante?

Ampliamos os serviços de atendimento à saúde mental, buscamos articular políticas públicas em uma rede, realizamos uma clínica ampliada, lutamos por uma gestão do SUS humanizada, integrada e solidária. Ao tentar retirar da loucura o estigma da doença mental, dos modelos biomédicos, sintomatológicos e eminentemente terapêuticos, ao propor uma ampliação integral de cuidados para o indivíduo em sua totalidade, busca-se romper com o território fechado da doença mental. Todavia, utilizando conceitos como saúde mental, sofrimento mental, corremos o risco de generalizações e amplificações do próprio espectro da anormalidade, do que não vai bem, do que precisa necessariamente do cuidado do Estado. Ampliamos o objeto de saúde mental para todos. Se a passagem pelos serviços de saúde mental demarcavam determinados usuários considerados doentes mentais, agora a demarcação se amplia. O padrão torna-se mais avaliativo. Toda e qualquer conduta de forma geral pode passar a ser visibilizada e sentida como anormalidade. Dores de cabeça, dores musculares, passam a ser englobadas em uma ampla categoria de sofrimento mental. Todos somos suscetíveis de sermos marcados em qualquer esfera da vida, por meio do gesto que avalia, classifica e separa segundo o padrão social esperado.

A Psiquiatria alongada no social passa a ser incorporada por intermédio de arranjos heterogêneos e multifacetados. O usuário que passa a fazer parte de uma rede humanizada de saúde, ao exercer seus direitos de cidadania, recebe a dupla inscrição, conforme nos indica Agambem. De um lado, os direitos de acesso à saúde finalmente adquiridos a partir de lutas e de rupturas com os poderes estatais, de outro prepararam, “uma tácita, porém crescente inscrição de suas vidas na ordem estatal, oferecendo assim uma nova e mais temível instância ao poder soberano do qual desejaria libertar-se” (AGAMBEN, 2010, p. 127).

Em defesa da população, fazemos determinadas escolhas em detrimento de outras, e isto está relacionado a uma ideia de riscos que os movimentos de humanização e de desestigmação podem incorrer ao tratarem da saúde mental. Se o movimento da Reforma Psiquiátrica rompeu o processo de totalização dos espaços asilares, esta saída possibilitou a agregação de novos arranjos da loucura, mais humanizada, menos estigmatizada. Em prol de um atendimento necessário, construímos totalidades, um “lugar melhor”, ampliamos espaços para atendimento da loucura. Apesar de nossas intenções de promover saúde e autonomia, tais usuários muitas vezes permanecem convencidos de que nenhum outro lugar será melhor que o serviço substitutivo. Destitui-se e é destituído dos lugares sociais

por suas diferenças, classificadas em anormalidades. Desvios normatizados em classificações psiquiátricas conduzem aos serviços especializados. E a vida mostra-se cada vez mais constrangida na gestão estratégica do controle e da organização estatal.

Engatados a modos de viver dicotomizantes, os movimentos de desterritorialização são continuamente reterritorializados em novas encampações de adoecimento “diante dos atos mais simples de sobrevivência e convivência” (SANTOS, 2010, p. 1). O “Estado de natureza” de uma população desestabilizada pela ansiedade de classes populares em relação ao futuro, que Santos (2010) relacionava a uma população do final do século passado, hoje, vemos que neste domínio, a situação amplia-se para outras populações. Movimentos desterritorializantes não significam por si, emancipação, inovação, novas potências de viver. Ficarmos atentos aos movimentos da vida. É inerente à vida. Mas isto produz o quê? A questão é: quais linhas, trajetos e devires – emancipatórios neste emaranhado de forças que constituem os grupos humanos organizacionais – são capazes de alterar este estado de coisas? Há um risco de promover a democracia “até não ser necessário nem conveniente sacrificá-la para promover o capitalismo, e com isto, promover uma forma de ‘fascismo pluralista’, que não é um regime político, trata-se de um regime ‘social e civilizacional’” (SANTOS, 2010, p. 1).

“A questão que eu ponho não é dos códigos, mas a dos eventos: a lei de existência dos enunciados, o que os tornou possíveis-eles e nenhum outro no lugar deles; as condições de emergência singular deles; a correlação deles com outros eventos...” (FOUCAULT, 1994d, p. 681). Pela genealogia, pode-se expor a viabilidade da unificação dos discursos em grandes unidades, tais como “a Psiquiatria”, “a Psicologia”. E assim, fazer aparecer seu regime de verdades, que inclui seleção e convencimento para homogeneizar concepções. Entre outras consequências, pode-se consolidar o fascismo da insegurança:

> a manipulação discricionária da insegurança de pessoas e grupos sociais vulnerabilizados por precariedade de trabalho, doenças ou outros problemas, produzindo-lhes elevada ansiedade quanto ao presente e ao futuro, de modo a baixar o horizonte de expectativas e criar a disponibilidade para suportar grandes encargos, com redução mínima de riscos e da insegurança (SANTOS, 2010, p. 2).

E, com isto, a possibilidade de, sob a forma de acolhimento, aproveitar-se da “intimidade das pessoas, sua ansiedade quanto ao presente e ao futuro” e sua vulnerabilidade social, tão naturalizada e ininterruptamente recolocada e disfarçada dentro do estado anormal, hereditário, incurável e subjetivo. E para isto, consolidar o “fascismo da insegurança” (SANTOS, 2010, p. 2).

Estamos dispostos a abrir mão das dicotomias entre saúde e doença? Estamos dispostos a abrir a Psicologia para as "Políticas do viver"? (CONDE, 2012). Tentar rupturas das dicotomias que constituem razão e desrazão e todo o maquinismo produzido e produtor de novas realidades a respeito do estranho, da diferença? E mais, suportamos questionar nossos especialismos e trazer a Psicologia para abertura de novos mundos, desconectar discursos sobrecodificantes, atos e significações redutores da vida à institucionalização psiquiátrica?

Referências

AGAMBEN, G. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Cai número de acidentes de trabalho e aumenta afastamentos por transtornos mentais e saúde. Brasília. **Previdência em questão**, Brasília, n. 59, 16-29 fev. 2012. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/4_120326-105114-231.pdf:>. Acesso em: 22 out. 2012.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005.

CECCIM, R.; FEUERWERKER. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CONDE, H. **Temas em debate**: ética, sujeito de direitos e instituições. Porto Alegre: UFRGS, 2012. Mesa-redonda Programa de Pós-gradução em Psicologia Social e Institucional UFRGS, em 24 agosto de 2012.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** Rio de Janeiro: Ed. 43, 1992.

DEPRESSION and the global economic crisis: is there hope? **The Lancet**, London, v. 380, n. 6, p. 1203, Oct., 2012.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. São Paulo: Forense Universitária, 2004.

______. Aula de 16 de janeiro de 1974. In: ______. **O poder psiquiátrico**: Collège de France, 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 255-284.

______. Aula de 17 de março de 1976. In: ______. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

______. Aula de 19 de março de 1975. In: ______. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 371-409.

______. Des espaces outres: 1967. In: FOUCAULT, M. **Dits et écrits**: 1954-1988. Paris: Gallimard, 1994a.

______. Entrétien avec Michel Foucault. In: ______. **Dits et écrits**: 1954-1988. Paris: Gallimard, 1994b. v. 3. p. 140-160.

______. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

______. La pensée du dehors: 1966. In: ______. **Dits et écrits**: 1954-1988. Paris: Gallimard, 1994c. v. I.

______. Prefácio: 1961. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos**: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 140-148.

______. **Of other spaces, heterotopias**. Disponível em: <http://foucault.info/documents/heteroTopia/foucault.heteroTopia.en.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.

______. Réponse à une question: 1968. In: ______. **Dits et écrits**: 1954-1988. Paris: Gallimard, 1994d. v. I.

______. Sur les façons d'écrire l'histoire: 1967. In: ______. **Dits et écrits**: 1954-1988. Paris: Gallimard, 1994e. v. I.

______. Table ronde du 20 mai 1978. In: ______. **Dits et écrits**: 1954-1988. Paris: Gallimard, 1994f. v. 4.

LOBOSQUE, M. (Org.). **Universidade e reforma psiquiátrica**: interrogando a distância. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. (Caderno de Saúde Mental, v. 2).

PASCHE, D.; PASSOS, E. **Cadernos temáticos PNH**: formação em humanização. Brasília, 2010. v. 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2012.

SANTOS, B. **Os fascismos sociais: 2010**. Disponível em: <http://norbertobobbio.com>. Acesso em: 15 dez. 2012.

[1] Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Contato: ariane_brum@yahoo.com.br.

[2] Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Contato: <michelevasconcelos@hotmail.com>.

[3] Doutora em Psicologia, professora associada III do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Contato: <lilianaescossia@gmail.com>.

Resumo

Com foco na esfera micropolítica e em experiências de trabalho e de pesquisa, o texto propõe-se a pinçar fios de processos de desinstitucionalização em Caps ad. Foram analisadas situações do cotidiano de um Caps ad de Aracaju/SE – experimentadas desde um lugar de gestão desse serviço – articulando-as com condições sociais, históricas e políticas de formulação, de implantação e de implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Reforma Psiquiátrica. Buscou-se produzir uma narrativa como modo de ensaiar deslocamentos de fazeres e dizeres instituídos, apontando para a possibilidade de construção de um espaço coletivo de gestão de processos de trabalho. Nesse espaço, desinstitucionalizar articula-se com humanizar: por meio de tais processos, almeja-se produzir mudanças nos âmbitos epistemológico, teórico e de ação cotidiana, mais especificamente, na cultura institucional e nos modos de produzir saúde e subjetividade em serviços de saúde mental.

Palavras-chave:

Álcool e outras drogas. Desinstitucionalização. Humanização. Política pública de saúde.

A epidemia de *crack*: produção de urgência no cuidado em ad

Ultimamente, compondo com o cenário midiático em torno da dita 'epidemia' de *crack*, o tema da atenção a usuários(as) de álcool e outras drogas (ad) tem sido amplamente abordado, o que tem gerado um campo de tensão no interior da própria rede de saúde mental, e também em outras redes, pois existem questões que extravasam os limites de uma só rede ou setor. Entendido como epidemia – ou seja, como uma doença – o *crack* é, por um lado, considerado um problema para especialistas de saúde, os quais têm a função de encontrar e resolver o problema; por outro, atribui-se ao Estado a função de exercer controle sobre a considerada 'desgovernada' disseminação, produzindo o entendimento de corpos que, submetidos ao vício, são incapazes de responderem por si.

Em 2010, o *crack* ganha uma enorme atenção, sendo tema de campanhas das eleições presidenciais. Emerge aí como a droga que vem causando uma "epidemia" nas cidades brasileiras, destruindo vidas e destroçando famílias, justificando, com isso, a urgência em combatê-la. Nesse mesmo ano, ocorre o lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, garantindo oficialmente o olhar das políticas públicas para a problemática ad. O plano de enfrentamento ao *crack* surge com um investimento do governo federal de 410 milhões para a saúde, na prevenção ao uso de drogas, na assistência e na repressão ao tráfico.[4]

[4] Informações retiradas do *site* Enfrentando o *crack*, mantido pelo governo federal. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/campanha >. Acesso em: colocar data do acesso.

A garantia de uma política pública oficializada pelo governo federal com investimentos dessa monta gera cada vez mais mobilizações da mídia em cobrar efetividade das ações, da população em geral, e esta, por sua vez, tende a cobrar ações mais repressivas. Nesse cenário, profissionais de saúde, subjetivados pela ideia biomédica de cura pela extirpação da doença (nesse caso, a droga), tendem a descrever "sentimentos" de impotência face ao desenvolvimento 'resolutivo' de cuidado em ad. Usuários(as) de ad, por sua vez, bombardeados(as) e sujeitados(as) pelas ideias de vitimização e de culpabilização, clamam por ajuda travestida em internações, em cuidado asilar que os alije (os doentes) do convívio em sociedade (ali onde a droga circula), evitando o perigo de contaminação social da população da qualidade de vida (esta mesma que tende a se drogar para suportar as pressões do dia a dia).

Nesse processo de investimentos e construção de uma Política sobre Drogas no Brasil, em especial, de uma política de atenção em saúde (mental) a usuários(as) de ad e, com ela, a implantação de serviços substitutivos como os Caps ad em articulação com Programas de Redução de Danos (PRD) (BRASIL, 2003; 2004), parece, então, importante perguntar: como operar um cuidado antimanicomial em ad? Quais as especificidades políticas-clínicas-institucionais envolvidas nessa operação? Que práticas precisam ser fortalecidas para não

perdermos as conquistas do cuidado produzido com as estratégias desinstitucionalizantes e, ao mesmo tempo, ampliar a resolutividade de tal cuidado?

Da desnaturalização do objeto saúde (mental) para o rastreio de práticas de saúde: por uma gestão coletiva dos processos de trabalho em ad

Paul Veyne (2008), seguindo a intuição metodológica foucaultiana sobre a raridade dos fatos humanos, vai afirmar que os objetos não são senão correlatos de práticas sociais, os objetos são forjados por práticas muito bem datadas. Ou seja, os objetos são produções sócio-históricas, não tendo uma existência em si e por si, uma essência ou uma natureza. Com Veyne e Foucault, afirmamos o sentido de "negação dos objetos naturais e uma dada natureza do objeto saúde (mental)" em particular. Mudam-se as práticas, muda-se a fisionomia, o rosto do objeto saúde, as formas de entendê-la e experimentá-la, ou seja, não há "a" saúde (mental) ao longo dos tempos, brotando do mesmo lugar, possuindo uma origem primeira, evoluindo ou se modificando. Há, sim, descontinuidades, múltiplas objetivações do objeto saúde.

Com a ideia de raridade, a pista dada é a de desnaturalização do objeto saúde: desviar-se da "saúde" como objeto natural, para distinguir uma forma rara, muito bem datada, objetivada por determinadas práticas sociais, daí falarmos em práticas de produção de saúde. Se não há o objeto natural "saúde", se só existem práticas, inclusive práticas discursivas, por meio das quais esse objeto ganha corpo, podemos problematizar e interferir no que parece óbvio no campo da saúde mental e, nele, das práticas de gestão e atenção em ad. De acordo com Passos (2006, p. 136), "não há como pensar em práticas de saúde sem considerar que essas práticas acontecem [...] entre pessoas que se encontram, que sentem, que têm interesses, desejos, que têm medos, que têm uma história", que estão inseridas em um dado momento histórico.

Inserindo-se em um cenário democrático mais amplo no qual se exige participação de todos(as) e de cada um(a) na economia social (PASSETTI, 2003), o contexto contemporâneo da saúde pública – de suas políticas e programas – tem exigido de seus operadores esforços na direção de maior participação e inventividade no trabalho, além de uma maior articulação entre os saberes e os fazeres produzidos em torno dos processos de saúde-doença e gestão do cuidado e, por conseguinte, uma atuação interdisciplinar que se abra para a participação de saberes e de fazeres – não disciplinares e não especialistas – de usuários(as) e sua família. Se o que se busca com certo modelo de saúde (mental) é superar uma visão tecnocrática, biologicista, individualista, curativista e hospitalocêntrica – contra a qual se colocou o movimento de Reforma Sanitária e o de Luta Antimanicomial –, parece ser preciso problematizar também, no panorama da Reforma Psiquiátrica brasileira, a articulação entre produção de saúde e necessidade de participação. Parece ser preciso 'cuidado' e

'atenção', sob a pena de se veicularem, sob novos rótulos e dispositivos, velhas práticas de sujeição e governo da vida de corpos apacientados – de profissionais e usuários(as) – por saberes e dizeres em saúde. Como nos lembra Barros (1994, p. 191), desinstitucionalizar é "[...] lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados, também a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada".

Seguindo esse sentido de problematização e desinstitucionalização, articulando-o com a pista foucaultiana (FOUCAULT, 2001), segundo a qual as práticas (nesse caso particular, as práticas de saúde) se constroem no entremeio das marcações da história e das inscrições de acontecimentos que fazem surgir singularidades no estrato histórico, narraremos algumas 'práticas-acontecimento' que, em um Caps ad, fizeram vibrar saberes, dizeres e corpos que ali se encontraram, afetaram-se e teceram "uma" história.

O objetivo foi, pois, a partir de um lugar de composição da gestão de um Caps ad,[5] narrar[6] uma história por meio do dedilhar de uma cartografia de práticas de saúde mental, (em particular, em ad). Rastreando o cotidiano desse serviço e coadunando do princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, apontou-se para a construção de espaços coletivos de gestão de processos de trabalho – comprometidos com certas diretrizes políticas (do SUS, da Saúde Mental, da Política de ad e da Humanização), mas também com o questionamento e o estranhamento ao instituído – como modo de conferir novas materialidades a práticas de saúde tecidas em um ambiente político que solicita a inclusão (ou inclusão excludente ou exclusão por inclusão) e participação de todos(as) brasileiros(as).

Buscou-se tatear e imprimir força narrativa a práticas capazes de conferir materialidade à ideia de integralidade das necessidades de saúde, entendendo integralidade justamente como "dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde" (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 21), embasados na articulação e no embate entre múltiplas vozes e múltiplos silêncios produzidos em cogestão por meio do fomento a redes de coletivos. Em outros termos, a finalidade foi pensar e experimentar a participação dos sujeitos envolvidos na produção de práticas de saúde, não apenas como modo de sujeição a uma dada economia social vigente que exige inclusão como forma de governo de todos(as) e qualquer um(a), mas como modo de interrogar tal economia, perturbar a evidência da necessidade de participação, a partir das possibilidades de exercício cogerido, de engendramento coletivo, da cogestão de realidades sociais, culturais e institucionais.

No seio desse exercício de desnaturalização e produção em cogestão inclusive dos modos de participação, desinstitucionalizar articula-se com humanizar, à medida que, por meio

[5] Entre os anos de 2007 a 2009, Ariane e Michele compuseram o coletivo gestor de saúde mental da Secretaria Municipal de Aracaju/Sergipe. Nele, desenvolveram funções, respectivamente, de gestão local e de apoio institucional do Caps ad. Liliana, por sua vez, nesse mesmo período, foi supervisora de estágio em Psicologia institucional/UFS, com alunos(as) inseridos neste serviço. Além disso, desenvolveu ações de apoio em humanização (como consultora técnica da PNH/MS) ao coletivo gestor de saúde mental. Liliana ainda orientou o trabalho de dissertação de Ariane que aborda justamente essa experiência de gestão (BULHÕES, 2011).

[6] De acordo com Passos e Barros (2009, p. 150), a posição narrativa é sempre política: "Toda produção de conhecimento, precisamos dizer de saída, se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente".

de tais processos, focando-se na esfera micropolítica do cotidiano, se almeja produzir mudanças nos âmbitos epistemológico, teórico, de ação cotidiana, cultural e, por que não dizer, na cultura institucional e nos modos de produzir saúde em serviços de saúde mental, qualificando-os. O que queremos dizer é que o objetivo de desinstitucionalizar, perseguido pela Reforma Psiquiátrica parece adquirir potência quando articulado ao de humanizar, alinhavado pela Política Nacional de Humanização (PNH): interferir em problemas/questões concretas que emergem do cotidiano de processos de trabalho e de práticas de produção de saúde mental, com encaminhamentos construídos pelos próprios sujeitos que os vivenciam e os tornam legítimos.

Nessa direção de experimentar espaços coletivos de gestão do processo de trabalho em um Caps ad – um serviço de saúde que tem a função de operacionalizar uma política de ad construída tanto para aqueles(as) que desejam parar de usar drogas como para os(as) que não desejam, cuja ênfase da atenção recai sobre as relações estabelecidas entre sujeito, droga e contexto sócio-político que produz e condiciona tais relações –, torna-se imprescindível pensar coletivamente: como produzir estratégias de gestão e de cuidado que coadunem com a função desse serviço? Que recursos um serviço como o Caps ad dispõe, ou consegue inventar, para produzi-las? Que recursos institucionais e terapêuticos um serviço como esse pode ofertar? Que desafios estão aí colocados quando o que se quer é produzir um cuidado antimanicomial em ad? Que práticas de atenção e gestão em ad estamos experimentando e almejamos experimentar?

Desinstitucionalização: multiplicando saídas e sentidos

De acordo com Barros (1994, p. 171), o conceito de desinstitucionalização emerge com os processos de "reestruturação sócio-institucional das sociedades europeias e americanas após duas Guerras Mundiais", no período em que os estados modernos passam a se responsabilizar pelos problemas sociais, e a administração da vida social passa a ser orientada por critérios científicos e racionais.

A experiência de desinstitucionalização que embasa a Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu na Itália e não ficou restrita à desospitalização nem ao deslocamento da instituição psiquiátrica para outros serviços assistenciais comunitários. Ao contrário, a desinstitucionalização italiana emergiu no interior do próprio hospital psiquiátrico, criando condições para subverter sua lógica e empreender a construção de novos sentidos sobre o próprio saber psiquiátrico (BARROS, 1994). Sendo assim, a intervenção empreendida não focou somente no hospital psiquiátrico, e sim na instituição Psiquiatria em seus aparatos técnico-científico, administrativo e jurídico, os quais não se limitam aos muros do asilo (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Nos termos assim definidos, desinstitucionalizar demanda análise das ideias, noções, preconceitos que acompanham historicamente a

instituição manicomial e que são parte do imaginário, mesmo daqueles(as) que desejam destruí-la (BARROS, 1994).

Assim, quando nos referimos à desinstitucionalização tendemos a acrescentar adjacente o termo "processos". " Processos de desinstitucionalização" que nos sinalizam a necessidade de desenvolvimento de práticas (inclusive de análise) que brotem de relações cotidianas, encarnadas em espaços e tempos concretos e que, como tais, devem ser constantemente problematizadas. Nesse sentido, entende-se desinstitucionalização como um movimento de transvaloração (PAULON, 2006), o qual solicita: modificações substanciais em nossa tábua de valores, transformação radical nos âmbitos epistemológico, teórico, cultural, jurídico e de ação cotidiana (RODRIGUES, 2009) e, por que não dizer, dos ambientes institucionais, da cultura institucional de nossas políticas, das secretarias e dos serviços de saúde.

Se o que se quer é não perder de vista o objetivo de desinstitucionalização e sua relação com a implantação dos Caps, a análise do funcionamento desses serviços deve ser realizada levando-se em consideração as maneiras como estamos habitando o contemporâneo, as novas formas de poder, as novas políticas de subjetivação, bem como lampejos de (re) existência que nele se engendram. Nessa direção, destacamos algumas análises já realizadas: Passetti (2003) sobre o mandato de mobilização total e participação democrática (na família, no trabalho, na sociedade, na economia social de mercado); de Edvaldo Couto (2009) sobre a produção contemporânea da fila cada vez mais quilométrica e agonizante de "doentes crônicos culturais" e de "corpos dopados" na tentativa de enfrentamento das pressões por participação na economia social vigente; de Regina Benevides (2003, p. 199) sobre a importância de uma certa institucionalidade que garanta e legitime as conquistas efetivadas mediante delineamento de uma Política de Saúde Mental de cunho substitutivo ao modelo asilar, mas que, paradoxalmente, "corre-se o risco de que a necessária institucionalidade dos Caps se transforme em institucionalização cronificada e cronificadora, reproduzindo o asilamento do qual se quer escapar"; de Oliveira e Passos (2007) sobre a implantação de Caps no seio das sociedades de controle e, nesse cenário, da tendência de modulação da doença mental-tutela-manicômio para doença mental-controle-serviços abertos; de Bulhões (2011) e de Vasconcelos (2013) sobre (re)existências do corpo institucional, da clínica, de profissionais e de usuários(as) nos serviços Caps ad.

Seguindo os assinalamentos dos autores(as) e as pistas/problematizações apontadas e produzidas a partir das práticas cotidianas experimentadas em um Caps ad, podemos dizer que operar processos de desinstitucionalização desde um Caps ad solicita um movimento coletivo e permanente de análise e "desconstrução em sentido ampliado, [...] pois significa o questionamento das cristalizações institucionais e mentais" (BARROS, 1994, p. 191), movimento que coaduna com o sentido de humanização como processo efetivo e sempre

inconcluso de invenção de formas e de normas de vida, inclusive de vida institucional, das quais os sujeitos e os coletivos envolvidos possam ser protagonistas.

Todavia, desnaturalizar uma cultura institucional colocando em análise processos de trabalho não é tarefa fácil, pois, como nos diz Paulon (2006, p. 124), referindo-se às instituições sociais: “mesmo que não nos sintamos devidamente acolhidos, educados, organizados ou amados dentro delas, tendemos a conservá-las” (PAULON, 2006, p. 124), ou seja, a autora aponta para a articulação entre formas institucionais e formas subjetivas. Analisar é, pois, um processo doloroso, mas inevitável, em todo trabalho que se propõe à (des)construção de (im)possíveis na gestão e na atenção em saúde mental e, em particular, em ad e, mais que isso, na (des)construção de (im)possíveis na experimentação de nós mesmos, de nossas subjetividades e sociabilidades.

A essa altura, esperamos que tenha ficado evidente que o conceito de instituição, com o qual trabalhamos nesse texto, base para pensar em modos de operacionalizar processos de desinstitucionalização em Caps, não se atrela à noção de espaço físico ou geográfico. As instituições são aqui entendidas como dimensões da existência social, criadas, inventadas e responsáveis por engendrar formas de agir e pensar. Tratam-se, pois, de dimensões transitórias e específicas à cultura e ao momento histórico que se desenvolvem. A religião, o Estado, a linguagem, a educação, a saúde são exemplos de instituições presentes nas sociedades ocidentais contemporâneas (CASTORIADIS, 2004). Em outros termos, instituições dizem respeito a um conjunto de lógicas que nos orientam na ordenação de nossas relações, visando regulamentar a vida. Por meio delas, objetivam-se e legitimam-se valores, reificam-se práticas, naturalizam-se objetos. De tão cristalizadas, tende-se a escamotear os interesses que justificaram a produção das instituições, sua manutenção e o próprio processo de institucionalização.

No caso da análise da instituição psiquiátrica, Foucault (2004) propõe a interpelação das relações de poder que se instituem, naturalizando a superioridade da razão em detrimento da desrazão. Segundo o autor, por meio dessa investigação, pode-se problematizar relações de poder responsáveis pela cristalização de determinados modos de fazer e de pensar, como, por exemplo, a restrição da loucura à doença mental – articulando-a às noções de periculosidade e isenção de direitos – e do seu modo de cuidado a um tratamento curativista, prescritivo, intervencionista, medicamentoso e asilar.

Em um momento em que os processos de desinstitucionalização tendem a se alinhavar desde Caps e, muitas vezes, a neles se encerrar, movimento que justificaria alguns apelidos pouco elogiosos como um “capscômio” ou um modelo “capscêntrico” (AMARANTE, 2003; RAMÔA, 2005), parece ser preciso manter uma atitude investigatória de estranhamento do que está dado, interrogando práticas: Para que serve mesmo? Para que foi pensada? Como

atualizá-las, potencializando modos de fazer, saber, dizer e conviver? Com isso, estaremos, em certa medida, novamente institucionalizando processos instituintes. Como não burocratizá-los e institucionalizá-los? Parece que um percurso interessante seja o de construção coletiva de caminhos de análise e de intervenção no cotidiano das práticas de saúde.

Retomemos então: a finalidade de narrar processos de desinstitucionalização em curso em um Caps ad é, pois, tensionar formas institucionais para, entre outras coisas, problematizar a naturalização dos objetos "saúde (mental)", "Reforma Psiquiátrica", "desinstitucionalização", "participação social", "Caps", "cuidado" e "clínica". Ao contrário, entendemos tais objetos como correlatos de práticas histórico-políticas e éticas e, sendo assim, podem bifurcar, uma vez que não são dados de uma vez por todas.

Por uma habitação entre atenção e gestão: análise coletiva dos processos de trabalho como estratégia de desinstitucionalização

Entre distanciamento, vizinhança e estranhamento: pela produção coletiva de um projeto institucional

Um forte suspiro, muita coisa havia para mudar, trazendo a sensação de um (re)começo que só seria efetivo se fosse "do zero". Mas a vida institucional não para nem recomeça! Assim, parecia ser preciso olhar pra tudo funcionando, produzir sentidos para cada coisa e firmar acordos coletivos. Caminhar, caminhar um cuidado, no próprio caminhar, produzir mudanças entendidas como necessárias à qualificação do cuidado ali produzido. Tais mudanças, por certo, provocariam algumas "crises" na cultura institucional, naquilo que era habitual, no que a própria equipe e os(as) próprios(as) usuários(as) estavam cansados de (re)produzir, mas mesmo assim (re)produziam.

Em princípio, uma conversa com cada trabalhador(a), norteada pelas seguintes questões: o que gostariam de fazer naquele lugar e não faziam? O que lhes impedia de concretizar tal fazer? Em seguida, foi preciso criar um ambiente de aprendizado coletivo, não no sentido de homogeneizar diferenças, mas de valorizá-las, incluindo os diferentes afetos, poderes e sujeitos, bem como os conflitos que emergem dessa inclusão. A aposta era pela conformação de uma equipe disposta a assumir e intervir nas inoperâncias, decorrentes, muitas vezes, de um "não saber fazer" um cuidado antimanicomial em ad – coisa nada simples de ser assumida. A primeira coisa a firmar, coletivamente, foi a de que a inoperância não poderia ser analisada sob o viés da culpabilização individual e nem seria resolvida com membros, de uma (suposta) equipe, colados a tarefismos também individualizantes. Isso acabou por forçar uma saída do suposto especialismo e tecnicismo, para (des)aprender com situações com as quais lidavam cotidianamente e, para as quais, não haviam manuais nem prescrições disciplinares e por isso mesmo, produziam paralisia. Foi preciso compor com o saber de cada sujeito, mas, sobretudo, com os saberes que emergiam das

experimentações cotidianas, captando tacitamente aquilo que aparecia, traduzindo "sinais vitais" de um movimento coletivo. Enfim, (des)aprendemos com situações as mais diversas que atualizavam temas polêmicos, para os quais não encontramos soluções em protocolos específicos, fazendo-nos apostar em discussões e negociações permanentes, em modos transversais e coletivos de lidar com cada situação. Nessa direção, foi preciso desenvolver a ousadia coletiva de espreitar subjetividades embrionárias – vida brotando nos cotidianos mais automatizados –, de olhar tudo com mais cuidado e perceber que:

> [...] há linhas de fuga, há singularidades atrevidamente construídas; há, enfim, vida pulsando nos mais diferentes territórios, por mais que sejam estigmatizados, rotulados, desqualificados ou mesmo negados. Há rupturas sendo produzidas por mais microscópicas, pequenas e invisíveis que sejam (COIMBRA, 2001, p. 254).

Nesse processo, delineava-se cada vez mais a necessidade de (re)desenhar e (re)conhecer o modo de funcionamento do serviço, considerando: a situação de pouco entendimento, ou mesmo desconhecimento, da Política de ad e de modos de operar o cuidado por ela preconizado (BRASIL, 2003): e a ausência de normatividades ou acordos construídos e pactuados acerca de um viver coletivo. Diante desse cenário, decidimos realizar um momento de planejamento, pensado como dispositivo avaliativo e formativo, a fim de (re)estabelecer princípios e diretrizes comuns para nortear e organizar coletivamente os processos de trabalho. Em outros termos, a partir da lógica de acompanhamento avaliativo conformada pela PNH, por meio da qual se entende Planejamento, Monitoramento e Avaliação como nexo e não como anexo do processo de trabalho em saúde (SANTOS FILHO, 2009), foram elaborados/pactuados coletivamente planos de intervenção, de metas, de ações e de prazos, buscando articular princípios e diretrizes preconizados nas Políticas de Saúde Mental e em ad (BRASIL, 2003, 2004), com as singularidades deste serviço Caps ad e seus pontos problemáticos. A finalidade foi compor uma construção coletiva em torno de estratégias de enfrentamento.

Nesse processo, partimos dos seguintes pontos problemáticos relatados por usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as): dificuldade de relacionamento e a consequente falta de grupalidade da equipe; afastamento, inclusive geográfico (dentro do serviço) entre profissionais e usuários(as); dificuldade de cumprimento das atividades; pouco envolvimento com a vitalização das atividades ofertadas; dificuldade de cumprimento com os acordos coletivos, de entendimento da lógica de cuidado em ad; redução de danos, de realizar atividades fora do serviço (lazer, esportiva, visitas domiciliares, cursos profissionalizantes, passeios, reuniões intersetoriais, matriciamento, entre outros). As negociações coletivas em torno do funcionamento do serviço ocorreram em diversos níveis: entre trabalhadores(as) e gestores(as), entre gestores(as) e usuários(as), entre trabalhadores(as) e usuários(as),

entre usuários(as) e usuários(as), trabalhadores(as) e trabalhadores(as), entre membros da equipe do Caps ad e da equipe do PRD. Tornou-se imprescindível conhecer os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008) – políticas transversais ao SUS e à própria Reforma Sanitária. A aposta era a de fortalecer a grupalidade dos(as) atores/atrizes envolvidos(as) na produção de práticas de saúde e, por meio dela, buscar construir um território de habitação coletiva para produzir intervenções no processo de trabalho, estranhando e desnaturalizando práticas que o constituem.

Com a produção de espaços coletivos de análise, a intervenção nos cenários de atenção à saúde em ad (seja pela escrita, pelo trabalho na gestão/atenção, pela militância, pela posição de usuária(o) do SUS e de drogas) pode ganhar tonalidades lourauriana e foucaultiana: um movimento coletivo, que vai do Caps à cidade, a produzir perturbação no que parece óbvio, no que aparece na cena instituída (LOURAU, 1995) do cuidado, dos dizeres e fazeres, das "evidências" que circundam o tema ad, escamando-as, "de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer" (FOUCAULT, 2006, p. 347).

Da produção de projetos cogeridos de ambiência no Caps ad

A ambiência é uma diretriz da PNH (Brasil, 2010) a partir da qual se insere a discussão do espaço em sentido ampliado, imprimindo uma nova lógica na organização espacial pautada na indissociabilidade entre produção de saúde, de subjetividade e do espaço. Tal diretriz tem como dispositivo central, ou seja, como modo de fazer tal diretriz encarnar em processos de trabalho concretos, os projetos de intervenção coproduzidos e cogeridos. Entendendo-se o espaço como espaço de encontro entre sujeitos, aposta-se nos momentos de alteração do espaço/serviço – em sua estrutura física, som, cheiro, cor, iluminação e morfologia –, como forma de oportunizar alterações nos modos de estar/ocupar e trabalhar não somente a partir de normativas, mas por meio de uma produção coletiva das necessidades dos sujeitos que ali circulam.

Aquele lugar já fora o antigo mercado de carnes municipal. As mesas de azulejos brancos em que se costumava expor as carnes ainda estão lá. Agora servem de assento ou de cama (doem-se em cima ou embaixo delas). Poucas reformas foram feitas até então. Muito cimento, pouco (ou quase nada de) verde. Um enorme vão corta o meio da construção, onde ficam as mesas. Pé direito (muito) alto, portões de grade enferrujados, paredes descascadas e sujas de poeira e mofo, telhas de Eternit a amplificar o calor nordestino, cheiro forte de azedo misturado com um nada leve toque de produto de limpeza, poucas salas também mofadas, ausência de cores que poderiam dar um sopro de vida àqueles ares

carcerários. O que (como) a ambiência do Caps ad (in)forma (a)os processos de trabalho no Caps ad em questão? Como produzir interferências nos processos de trabalho a partir de intervenções realizadas nesta ambiência?

Começamos pelas paredes: a partir dos saberes (em desenho e pintura) de um oficineiro, usuários(as) e trabalhadores(as) puseram-se a dar cor ao ambiente, tornando-o mais expressivo da vida que por ali passava. Um momento de grafitagem (arte de rua) foi realizado no espaço onde se costumava realizar a assembleia com usuários(as), sendo conduzida ao som de latinhas de *spray* e *Hip-Hop*. Cabe destacar o estranhamento de alguns(umas) usuários(as) e trabalhadores(as) em relação a esta atividade, bem como as discussões e as justificativas de tal estranhamento, todas reforçando uma articulação (causal) entre uso de drogas, arte de rua, *rap* e vagabundagem.

Usuários(as) fizeram desenhos no denominado "fumódromo", espaço até então negligenciado, destinado ao uso (ininterrupto e não discutido, afinal, essa é uma droga lícita) de tabaco, inabitado pelos(as) trabalhadores(as), inclusive os(as) da limpeza. Além dos desenhos, foi construído nesse mesmo espaço, com os usuários(as), um jardim, ornamentando-o com plantas escolhidas e cuidadas por eles(as). Foram adquiridas ferramentas para trabalhar na terra e uma equipe ficou encarregada de limpar e cuidar daquele espaço diariamente. O "fumódromo", por sugestão dos(as) usuários(as), foi reinaugurado e nomeado de Jardim Primavera. Por meio de tais mudanças na ambiência, arriscamo-nos a dizer que aquele espaço começou a ser habitado de outros modos: passou a ter horários estabelecidos coletivamente para ali se fumar (na tentativa de reduzir danos causados pelo uso de uma das drogas que mais mata brasileiros e brasileiras), passou a ser espaço onde se desenvolviam outras atividades, como jardinagem e reuniões de grupo.

Após um estudo feito pelo oficineiro/artista plástico, sobre a influência das cores no cuidado (quais têm o potencial de acalmar, de estimular a criatividade e a memória), foram introduzidas cores nas paredes dos espaços físicos onde se realizavam as atividades coletivas – como reuniões, grupos, oficinas. "As cores podem ser recurso útil, uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento" (PASSOS, 2006, p. 37).

Desafios de um processo de gestão pública

Com a Reforma Sanitária brasileira e a constituição do campo da Saúde Coletiva, a dimensão do público é revigorada nas políticas de saúde, produzindo vibrações nas naturalizadas correlações entre público, governo e Estado. Não mais identificado a estatal, o público indica a dimensão do coletivo. Portanto, saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população, saúde como produção de um coletivo que se engaja na aposta comum no processo de feitura e de fortalecimento da política de saúde (BENEVIDES;

PASSOS, 2008). Apesar disso, paira até hoje um entendimento equivocado sobre os serviços públicos no Brasil: o de que não há razão para maiores investimentos (sejam de recursos financeiros, tecnológicos ou humanos), o que pode estar atrelado tanto à ideia de que se trata de políticas para pobres – e por isso não precisam ser de boa qualidade – quanto à ausência de um dono (patrão) a quem se costuma dar satisfações.

Políticas "para pobres", ou "de ninguém": dois sentidos corriqueiros atribuídos às políticas públicas, em particular, as de saúde. O problema agrava-se quando esse sentido anima, ou melhor, desanima, as práticas cotidianas em saúde pública: perde-se o sentido do envolvimento coletivo com a construção de estratégias de mudança e de qualificação das políticas e práticas nos serviços de saúde, cristalizando-os na sentença "serviço público é assim mesmo". Transforma-se em quimera a aposta do movimento sanitário e, de modo particular, da humanização no exercício do direito à saúde e à vida para todos(as) e cada um(a). No entanto, conforme já dito, seguindo a pista de Veyne (2008), segundo a qual as coisas e os objetos não são senão os correlatos de práticas sociais, podemos apostar nas mudanças dos sentidos do "público" e das "políticas públicas de saúde" a partir de um movimento concreto de intervenção nas práticas instituídas e na construção de novas práticas de saúde pública.

Foi assim que, aos poucos, no processo de gestão de um Caps ad, o entendimento da noção de "público" como "de ninguém e de todos" mostrou-se como a oportunidade para discutir alguns aspectos da administração de recurso público, como os altos gastos decorrentes do uso do telefone do serviço. Foi discutida coletivamente a importância desse equipamento para o processo de trabalho e pactuada uma corresponsabilidade com a sua manutenção e utilização. Outros aspectos como transporte de usuários(as) e alimentação foram sendo retomados nas discussões com a equipe. O transporte, por exemplo, contraditoriamente ao que se apontava, não era usado pelos usuários(as) (a não ser em situações emergenciais) ou, pelo menos, não era esta prioridade, alegando-se que poderiam sujá-lo. Da mesma forma, o telefone era, muitas vezes, utilizado com fins "pessoais" de alguns(umas) trabalhadores(as), que extrapolavam limites, não havendo qualquer controle por meio de extrato telefônico, por exemplo. O computador também era utilizado frequentemente para uso "pessoal", atrapalhando o andamento do serviço. Como esses, outros tantos ínfimos e quase imperceptíveis elementos do cotidiano de um serviço público foram ganhando visibilidade em uma gestão pensada como empreendimento coletivo de negociação e de (co)criação de normatividades, e não como estratégia de um poder normalizador que expõe os corpos primando por sua organização e sua marcação, nesse caso, em identidades profissionais corporativas, identidades institucionais que os divide e hierarquiza entre trabalhadores(as) e gestores(as) e entre trabalhadore(as) e usuários(as) (FOUCAULT, 2006).

Relação com a justiça: dilemas de um trabalho intersetorial

Em 23 de agosto de 2006 foi promulgada uma nova lei sobre drogas, a Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006), que produziu um grande impacto nos serviços de saúde, uma vez que afirma a não criminalização do(a) usuário(a) de drogas. Resulta que, uma vez abordado portando drogas – e sendo comprovado, de acordo com critérios avaliados pelo juiz de direito, que é para consumo próprio – o usuário deve ser penalizado e não criminalizado, como ocorria antes. Sutil diferença que conduz a diversas interpretações, entre elas, o entendimento do tratamento – em um serviço como o Caps ad – como uma penalidade, entendimento esse que provocou inquietações na equipe, levando-a a problematizar tal proposta, mas, ao mesmo tempo, a buscar modos de lidar com ela.

Em 2007, ano em que iniciamos o movimento de composição da gestão do Caps ad, a nova Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, encontrava-se em fase recente de implementação, causando estranhamento nos(as) trabalhadores(as) diante dos encaminhamentos da justiça para tratamento no Caps ad. Além disso, a equipe era requisitada com frequência pela justiça para elaboração de pareceres técnicos sobre o tratamento, com dados sobre a participação do(a) usuário(a) nas atividades, bem como sobre eventual desistência. Essa situação gerou discordâncias, incômodos e dúvidas sobre a função do Caps ad e sobre os atravessamentos da justiça na produção e na prescrição de cuidados em saúde tomados como cumprimento de penalidade, mesmo para usuários(as) que foram pegos usando, por exemplo, maconha, mas não faziam uso abusivo e prejudicial da substância, de modo a precisarem de um serviço da complexidade de um Caps ad.

A aproximação com a equipe responsável pelos encaminhamentos de usuários(as) ao serviço, a Vara de Execuções e Medidas de Penas Alternativas (Vempa) tornou-se imprescindível. Com esta estabelecemos um diálogo, esclarecendo o objetivo do Caps ad, as diretrizes da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e, sobretudo, da Política de ad. Em contrapartida, conhecemos o trabalho da Vempa e seu entendimento em relação à nova lei, sendo possível pactuar modos/caminhos para executá-la em Aracaju, uma vez que seu texto é amplo e aberto, permitindo a atenção a certas singularidades locais. Esses encontros tinham um viés formativo e, como desdobramento, foi realizado um encontro específico com alguns(umas) juízes(as) e promotores(as), principais responsáveis pela execução da lei. Fomos surpreendidos(as) com uma parceria interessante, onde constatamos que o incômodo não era apenas da equipe do Caps, mas também dos(as) juízes(as), por terem que aplicar, por exemplo, uma "advertência verbal"[7] em relação às drogas, sem possuírem, muitas vezes, conhecimento sobre os efeitos, os danos, nem sequer sobre modos de uso e de redução de danos.

[7] Encontra-se previsto no capítulo III (dos crimes e das penas) no art. 28 "quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I) advertência sobre efeitos das drogas, II) prestação de serviços à comunidade, III) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo" (colocar fonte da citação).

Desses encontros surgiram algumas pactuações, sendo a principal concernente aos encaminhamentos para tratamento.[8] Uma vez que a lei não condiciona obrigatoriedade do tratamento, houve a pactuação de que a decisão sobre a necessidade de cuidado em saúde em um Caps ad ficaria sob a responsabilidade dos(as) trabalhadores(as) do serviço. Quando estes não avaliassem demanda para o Caps ad, encaminhariam a outro equipamento assistencial (não só de saúde), observando-se as necessidades e os desejos do(a) usuário(a). Produziu-se, assim, nesses espaços de discussão, coletivos e intersetoriais, entre justiça e saúde, o importante entendimento de que, para vinculação ao Caps ad, seria crucial diferençar "uso" de "uso prejudicial", e que a necessidade de um cuidado especializado como o do Caps ad só se justificaria no caso de um "uso prejudicial" e não como medida punitiva para qualquer tipo de uso. Além disso, ficou definido que o cuidado seria desenhado a partir de um projeto terapêutico construído com o(a) usuário(a), em uma produção desejante coletiva capaz de vincular usuário(a) à equipe e ao serviço.

[8] Com base no parágrafo 7º do artigo 28, capítulo III da lei que assim estabelece: "o juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado" (colocar fonte da citação).

Em busca de espaços coletivos de gestão

Conforme já dito, entre as demandas que se mostravam urgentes para a gestão do Caps ad em estudo, priorizou-se a construção das diretrizes institucionais, entre as quais figurava a gestão participativa como um modo de gerir sintonizado com os princípios do SUS, privilegiando o diálogo e especialmente a "pactuação das diferenças". Mais que participação nos espaços de discussão (previstos no funcionamento de um Caps), o que se buscava era a participação cotidiana e coletiva nas negociações e decisões, ou seja, a cogestão do serviço e seu funcionamento como diretriz incorporada e performatizada cotidianamente (BRASIL, 2008).

Buscando fortalecer os espaços coletivos existentes e produzir um sentido encarnado para a noção de "coletivo", problematizamos o modo como se operavam alguns dispositivos de gestão coletiva no serviço, como, por exemplo, as assembleias e as reuniões técnicas. Em ambas figuravam posturas queixosas e acusatórias de um "modo-de-ser-indivíduo" gestor que não funcionava, ou de um não funcionamento de uma política estatal, desresponsabilizando-se a equipe pela cogestão da política e das práticas de saúde que ali se produziam. A conformação física da assembleia já nos dizia do seu funcionamento: usuários(as) de um lado, profissionais de outro. Quanto à sua dinâmica, esta oscilava entre dois momentos: no primeiro, as queixas eram apresentadas e ambos – usuários(as) e profissionais – ficavam aguardando o posicionamento do(a) gestor(a). Compatível com um processo mais amplo de disciplinarização de corpos – sentados, calados, prontos a absorver informações formatadas –, nesse momento, ouviam-se poucas vozes de usuários(as) e profissionais; o segundo momento era caracterizado, frequentemente, por um clima tumultuado em que muitos falavam ao mesmo tempo, com insultos, desrespeitos, novas queixas e, ao fim, nada era "resolvido", o que gerava insatisfação e frustação.

Foi preciso, de início, estranhar o próprio nome "assembleia de usuários(as)". Por que não uma "assembleia com usuários(as)", entendida como uma prática capaz de conferir materialidade a um processo de cogestão do serviço? Por que não entender e buscar modos de fazer por meio dos quais a assembleia pudesse ser experimentada como momento de troca, de articulação entre os principais sujeitos que conferem existência ao serviço, de negociação entre múltiplas vozes na tessitura de arranjos institucionais e de cuidado, efeitos de uma normatividade produzida coletivamente e, por isso mesmo, mais resolutivos?

Nessa direção, não foram poucos os momentos em que foi necessário intervir para a formação de rodas de discussão na proposição de uma maior inclusão e de escuta de vozes e sentidos. Exemplo disso foram as discussões em que se confrontavam usuários(as) de álcool[9] de um lado e de outras drogas de outro: os alcoolistas não se consideravam "drogados" e ambos estendiam para a esfera das relações a marca macropolítica da divisão entre lícito e ilícito. Usuários alcoolistas, portanto não drogados, e usuários de outras drogas, estes sim marginais e criminosos.

[9] O álcool, apesar de substância lícita, é enfatizado na Política do MS sobre drogas, sendo tido como o maior problema de saúde pública, considerado um transtorno, em que o percentual de gastos – morbidade hospitalar – é decorrente do uso indevido de álcool, sendo, portanto, 87,9%, contra 13% de gastos oriundos no consumo de outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

Sabemos que a ausência de resolutividade para os problemas tratados em assembleias e reuniões pode, facilmente, reforçar a atmosfera de descrença em espaços coletivos de gestão. Ou seja, o problema passa a ser o dispositivo em si, e não o modo de operá-lo: a assembleia e a reunião técnica tendem, assim, a serem avaliados como algo que "não dá certo", "não funciona", e não é problematizado o modo "como" estes espaços estão funcionando. Conforme nos alerta Escóssia (2008, p. 692) "a depender do modo como são conduzidos e ocupados, esses espaços de representação democrática podem operar como obstáculos à experiência coletiva".

Isso também acontecia no Caps ad. Para modificar esse cenário, a equipe elaborou algumas estratégias, apostando em métodos (como fazer) que envolvessem as(os) usuárias(os), não somente nas queixas e nas discussões, mas também na busca por solução aos problemas levantados. A discussão de alguns temas/problemas em pequenos grupos foi uma delas, mostrando-se como uma estratégia potente, pois tende a facilitar o protagonismo, a participação de múltiplas vozes e, assim, a produção de múltiplas saídas. A dramatização, por sua vez, foi utilizada como recurso para dar visibilidade aos impasses vivenciados cotidianamente, não pela técnica em si, mas como um dispositivo para fomentar (co)análise por intermédio da composição de cenas problematizadoras. Essa experiência permitiu aos(às) usuários(as) se visualizarem nos trabalhadores(as) que as(os) interpretavam e vice-versa. Usuários(as) puderam perceber reclamações estereotipadas e posturas que assumiam, principalmente quando se encontravam em situação de abuso de drogas. O mesmo ocorreu com trabalhadores(as) e gestores(as) que, visualizando-se nas performances de usuários(as), aproveitavam para fazer análise do quanto ainda se "embaralhavam" na condução de algumas situações, bem como, da tendência a infantilizar e culpabilizar

usuários(as), produzindo um cuidado muitas vezes atravessado por questões morais. Diante do distanciamento entre trabalhadores(as) e usuários(as) no modo de habitar o serviço, foram propostas, naquele espaço, atividades de prática corporal, articulando-nos com o Projeto Movimentos.[10] Em tais atividades, misturavam-se corpos e identidades institucionais e sutilmente aproximavam sujeitos e realidades que habitavam esse coletivo.

Pequenos grupos, dramatização e outras atividades corporais foram, então, experimentados como dispositivos que convocavam os corpos dos sujeitos – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as) – a participar e intervir na cena institucional, de cuidado e relacional do serviço. Rodas de conversa em grupos menores, discussão a partir de dramatização e de outras atividades corporais foram estratégias que impulsionaram movimentos de mudança no coletivo e no funcionamento dos espaços coletivos existentes, com consequente aumento de participação, de ações propositivas e por parte dos sujeitos envolvidos. Esboçava-se, assim, um exercício de cogestão das situações cotidianas institucionais encarnando a indissociabilidade entre direito dos(as) usuários(as) e valorização do trabalho e do(a) trabalhador(a) da saúde.

[10] Projeto transversal na Rede de Atenção Psicossocial/SMS que tinha por objetivo trabalhar a corporeidade no cuidado a usuários(as) de saúde mental. As ferramentas para esse trabalho bem como a proposta metodológica era criada de acordo com as possibilidades e necessidades de cada coletivo dos serviços. Mais informações, ver Machado (2011).

Experimentando uma clínica antimanicomial em álcool e outras drogas: avanços e desafios

A (re)existência aos modos naturalizados e generalizados de cuidado parece requerer uma transformação das ações ordinárias e triviais, no tateio de um cuidado contingente e não totalizante. Com o intuito de desenvolver tal tateio, reportamos-nos às discussões contemporâneas da Reforma Psiquiátrica, que buscam a resolutividade do "trivial", ou seja, que prima pela tessitura de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao manicômio. Isso significa pensar como temos conduzido, por exemplo, os momentos de crise dos(as) usuários(as), qual tem sido o percentual de internações psiquiátricas, o nível de satisfação de usuários(as) e de familiares. Parece ser necessário pensar, ainda, sobre o modo como temos nos relacionado com a questão da técnica. A técnica aqui se refere ao modo de fazer a escuta individual, os grupos e as oficinas terapêuticas, o manejo com usuários(as) em uso abusivo (interação farmacológica, conhecimento sobre os efeitos das drogas no organismo, entre outras) e em crise de abstinência. Não se trata de importar técnicas, utilizando-as de forma acrítica, nem de reduzi-las a meros especialismos. Não apostamos em técnicas construídas em laboratórios ascéticos, mas naquelas imiscuídas de vida e, assim, de impurezas e imperfeições. A esse respeito, Ramôa (2005) indica que uma fissura interna tende a habitar o coração da militância pela Reforma Psiquiátrica: de um lado, estão aqueles(as) que se preocupam com a política dos direitos, da cidadania; de outro, os que tomam como fundamental a questão da clínica, da técnica propriamente dita. Mais uma vez, aqui, a PNH, com o princípio de indissociabilidade entre clínica e política (BRASIL, 2008), nos ajuda a problematizar essa (falsa) dicotomia entre clínica e política,

que incorre em cisões no interior de um movimento que precisa estar articulado para uma luta que não está ganha: produzir um cuidado em liberdade, resolutivo, integral e em rede a usuários(as) com transtornos mentais e que fazem uso abusivo e prejudicial de ad.

Assim, o que se pretende, neste item, é descrever algumas experimentações terapêuticas desenvolvidas no Caps ad em questão, como forma de pinçar pistas para a composição de uma proposta clínica. Enfatizamos que "o cuidado no Caps ad se pauta em três eixos fundamentais: foco no sujeito, na assistência de base territorializada e na redução de danos, tendo em vista a produção de saúde, autonomia e cidadania" (CARVALHO; VASCONCELOS, 2008, p. 5), desde que esses termos (saúde, autonomia e cidadania) não se traduzam como ajuste social e homogeneização do social, mas que sejam encarnados pelo exercício de novos modos de construção política, democrática e ética, da vida em sociedade, incluindo e afirmando as diferenças por meio da efetiva participação e do comprometimento de muitos(as) na tessitura de um SUS e de uma política em ad, bem como no exercício do direito à saúde que não se faz apenas por consensos e representatividade, mas, principalmente, pela afirmação das diferenças em sua radicalidade, pela composição entre diferentes jeitos de viver, conviver e fazer saúde.

Partilhando da ideia de indissociabilidade entre clínica e política e apostando-se no fortalecimento dos modos não protocolados de fazer clínica em ad, queremos salientar também a necessidade de que as atividades terapêuticas sejam produzidas por meio da participação e, consequente, comprometimento de profissionais e de usuários(as), a partir de um campo de produção desejante, acionado na relação entre eles(as). Nesse sentido, em vez de se seguir afirmando que usuários(as) de drogas tendem a não desejar o tratamento, pode-se problematizar uma cena frequente dos serviços substitutivos do País: a disponibilização de uma grade automatizada de atividades que aprisiona o(a) técnico(a) e o usuário(a) na obrigatoriedade da disponibilização de atividades e da participação nos grupos e oficinas, muitas vezes sem sentido algum para nenhum dos lados envolvidos.

Alguns(umas) trabalhadores(as), por vezes, fazem referência à instauração de possíveis sanções a usuários(as) que não participam de tais atividades, sem problematizar os motivos da não participação ou colocar em análise as propostas e o modo como elas são desenvolvidas. Entretanto, se não levamos esses motivos e suas análises em consideração, o sentido do terapêutico articular-se-á apenas à necessidade de ocupação de tempo. Em outros termos, em Caps, temos observado a tendência em utilizar os espaços das oficinas terapêuticas como locais automatizados e serializados, os quais parecem funcionar para se exercitar e se resgatar um dado tipo de participação social engajada com a lógica capitalista. Desse modo, as oficinas passam a funcionar como espaços para "ocupar a mente" e, de forma "pragmática", recuperar uma dada cidadania, mediante mera adaptação ao "mundo em que vivemos" (RAUTER, 2000). Ao contrário, o que se quer

com uma clínica antimanicomial em ad é a disponibilização de atividades terapêuticas cujo atrativo advenha de sua capacidade de ampliar um território subjetivo que tende a se restringir à relação usuário-droga, disputando sentidos e espaços de existência na vida dos usuários(as), alargando suas possibilidades de relação consigo mesmo(a), com os outros e com o mundo.

A ausência de reflexão sobre o porquê e para quê oficinas e grupos terapêuticos contribuem "para que, com frequência, sob o rótulo oficina, se exerça a velha psiquiatria" (RAUTER, 2000, p. 274), incorrendo propostas desconectadas do sentido de clínica como produtora de desvios (clinamen) e ampliações nos territórios existenciais e na vida, fazendo-as funcionar em prol da adaptação à sociedade, com suas rotinas serializantes e racionalizadoras. A clínica distancia-se, assim, do propósito da desinstitucionalização, em sua radicalidade já apresentada neste texto: problematizar arranjos sociais, institucionais e subjetivos vigentes, abrindo espaço para a composição de novas formas de vida, novas subjetividades e sociabilidades. Coadunando com essa direção, queremos destacar experimentações clínico-políticas desenvolvidas na oficina de música e na oficina de serigrafia.

A música foi uma via para o ensaio de novas formas de viver e conviver. O estilo que parecia agradar a maioria dos(as) usuários(as) (naquela época, constituída em grande parte por homens acima dos 30 anos),[11] eram as melosas "serestas", que os transportavam a lembranças de momentos vividos e de amores e desamores conquistados ou perdidos. Em uma atividade festiva no Caps, um comentário emitido por um usuário chamou atenção: é engraçado ouvir essas músicas sem tomar cachaça. Naquele momento, outros agenciamentos parecem substituir o agenciamento música-cachaça, único possível até então. Para aquele usuário, ouvir seresta estava sempre relacionado a beber cachaça, porém, ouvindo e fazendo música no Caps, essa relação (naturalizada) pode se desfazer. Esse ínfimo acontecimento, fagulha saltitante de uma subjetividade embrionária, ofereceu outras experimentações e até outras possibilidades de existência.

"*Vê, estão voltando as flores*" (trecho de uma música cantada por eles). Seguindo essa pista, a oficina de música (transformada no coral Primavera) foi proposta por uma trabalhadora que havia mencionado seu desejo em compartilhar sua habilidade e gosto pela música, desenvolvendo um trabalho terapêutico com os usuários. A partir disso, foi estimulada para coordenar e dar início à oficina. Aos poucos, o grupo de usuários foi aumentando, como também o repertório, e esta se tornou uma das atividades mais frequentadas no Caps. A cantoria ecoava em todos os cantos, contagiando até os mais desafinados que iam se chegando para cantar. Houve composição própria e momento solo, com vozes que se juntavam a instrumentos como flauta artesanal, violão e atabaques. O coral apresentou-se em vários momentos e pontos da Rede de Atenção Psicossocial, da rede de saúde e fora dela. O Caps, seus(suas) usuários(as), a temática de um cuidado em ad

[11] Esse cenário vai mudando drasticamente, até que, em 2009, "repentinamente", se tinha uma maioria, ainda de homens, mas homens jovens, usuários de *crack*.

antimanicomial, ganhava, com a música, os vários cantos da cidade. *"Vê: como é bonita a vida!!!"* (trecho de uma música cantada pelo Coral). Assim, abria os braços em empolgação o médico do serviço que se tornou o regente do grupo. Os usuários encontraram sentido musical para se engajarem mais em projetos terapêuticos e produzir formas de cuidado de si e de seus companheiros. Esse movimento foi percebido em pequenas ações como, por exemplo, a (auto)regulação do uso de drogas nos dias que antecediam as apresentações, transformando-se o palco em potente estratégia de redução de danos.

Outra oficina com movimentação e desdobramentos interessantes foi a de serigrafia, construída em uma perspectiva de geração de renda. Uma das reclamações dos(das) usuários(as) em relação às oficinas era a ausência de atividades nas quais pudessem aliar suas habilidades ocupacionais e as experiências profissionais com a geração de renda, já que tinham dificuldade de adequar-se às exigências do mercado de trabalho. Isso se dava principalmente devido aos episódios de "recaída", considerados não apenas como a passagem do estado abstinente para retomada do uso, mas também o uso abusivo/compulsivo que lhes impossibilitava de exercer plenamente suas atividades profissionais. Após um levantamento quantitativo em torno das habilidades profissionais dos usuários e sobre suas experiências de trabalho, verificou-se que, muitos deles, ou melhor, a grande maioria, exercia uma profissão antes de desenvolver um quadro de "dependência" de drogas.

O interesse despertado pelos usuários do Caps ad em relação à serigrafia como atividade para gerar renda disparou uma discussão e preocupação com essa temática na Rede de Atenção Psicossocial (Reap) como um todo. A preocupação, contudo, não era em apenas gerar renda, mas discutir sobre como se daria esse processo, imbricado em um viés de economia solidária (direcionamento das políticas do MS). Como daria o processo de trabalho para produção de relações mais solidárias em todo o percurso do trabalho, que não fosse mera reprodução das premissas da perspectiva capitalista vigoradas pelo individualismo, pela competição e pelo lucro. Outra questão era diferenciar as oficinas produtivas que tivessem por objetivo a geração de renda daquelas com perspectiva estritamente terapêutica, de acordo com os projetos terapêuticos singulares. O desejo de concretizar a geração de renda para os usuários fez com que o Caps ad protagonizasse essa discussão com grupos de estudos sobre cooperativismo, economia solidária e outros temas afins, estendendo-o a outros serviços.

Em outros termos, podemos dizer que a posição de terapeutas comprometidos com o projeto de ampliação da vida é a de mediadores do processo de alargamento do território existencial do usuário, na busca por outras vias para lidar com o sofrimento e o prazer que não a relação restrita e restritiva com a droga. Nessa direção, todas as atividades que compõem um Caps ad passam a ter como objetivo possibilitar outros espaços de

subjetivação, de vínculo, de lidar consigo, com o outro, com o mundo, de viver com a droga. Ainda com esse intuito é importante utilizar da potência do dispositivo grupal, da arte, da atividade física, da expressão corporal e de tudo mais que no movimento de seguir mapas-subjetividade possa ser sinalizado com força de agenciar, afetar fazer liga entre corpos, produzir aberturas existenciais e relacionais. Vale dizer ainda que a pactuação coletiva, com participação dos(as) usuários(as), adquire significativa relevância, não só no que diz respeito à esfera da gestão do serviço como também na gestão do cuidado, contribuindo para o direcionamento clínico.

Considerações finais: de quando a desinstitucionalização encontra a humanização

A experiência de trabalho e de pesquisa em um serviço público e substitutivo para atenção a usuários(as) de álcool e outras drogas, ativada e atualizada pelas memórias coletivas dessa escrita, mostram-nos situações inusitadas por meio das quais somos convocadas a lidar com o cenário constituinte da atenção e da gestão em ad. Como nos indica Foucault (2004, p. 59) é preciso desencaminhar as coisas e as questões por nós muito bem sabidas, é preciso ousar trilhar caminhos de encruzilhada, "é preciso aceitar introduzir a casualidade como categoria na produção dos acontecimentos. [...] introduzir na raiz mesma do pensamento o *acaso*, o *descontínuo*, e a *materialidade*" de cenas tracejadas, de frases gaguejadas, cenas e frases que fazem brotar vida dos relevos de um cotidiano aparentemente chapado e engessado.

É notório o quanto a saúde no Brasil, desde a Reforma Sanitária, vem provocando transformações na vida em sociedade em níveis que ultrapassam o setor Saúde, em um esforço de tornar mais efetivos os princípios previstos na Constituição de 1988 e, assim, garantir o direito à saúde e à vida de todos(as) e cada um(a), incluindo aqueles(as) que fazem uso prejudicial de drogas. Isso solicita ações e debates coletivos e intersetoriais que abordem o tema ad em toda sua complexidade. Sabemos que a questão das drogas é hoje uma prioridade no âmbito da saúde pública e na saúde mental em particular. Entretanto, parece ser preciso problematizar a relevância atribuída à questão das drogas, analisando os interesses envolvidos, bem como as relações de poder-saber-fazer em jogo. Por outro lado, faz-se importante garantir meios, no cotidiano de trabalho das equipes de serviços como os Caps ad, para discutir, analisar e transformar –com os(as) usuários – relações abusivas com as drogas, bem como relações precarizadas de trabalho em relações que potencializem a vida. Nesse sentido, apostamos na estratégia de produção e de fortalecimento de espaços coletivos e cogeridos, na análise e na intervenção no cotidiano das práticas de saúde, bem como na desinstitucionalização como estratégia de humanização da gestão e da atenção em ad.

Referências

AMARANTE, P. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa e intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa, intervenção e produção de sujeitos. Porto Alegre: Sulina, 2009b.

______ ; PASSOS, E. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa, intervenção e produção de sujeitos. Porto Alegre: Sulina, 2009a.

BENEVIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf> Acesso em: 5 abr. 2008.

______. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais: loucura, ética e política: escritos militantes. **Revista do Conselho Federal de Psicologia**, Brasília, p. 196-206, 2003.

______; PASSOS, E. Afinal, é possível uma outra política de drogas para o Brasil? In: SIMPÓSIO DE PESQUISA E INTERCÂMBIO CIENTÍFICO DA ANPEPP, 12., 2008, Natal. **Anais...** Natal: ANPEPP, 2008. Texto na íntegra não publicado nos Anais.

BRASIL. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm> Acesso em: 5 abr. 2009.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: ambiência. 2. ed. Brasília, 2010.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

______. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ Aids. **A política do Ministério da Saúde para Atenção integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2003.

BULHÕES, A. B. C. **Processos de desinstitucionalização em CAPS AD**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2011.

CARVALHO, A. B.; VASCONCELOS, M. **Relatório do Planejamento do CAPS AD**: discussão sobre os princípios norteadores da assistência em SM e em AD/qualificação do cuidado. [S.l: s.n], 2008. Material não publicado.

CASTORIADIS, C. **Figuras do pensável**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COIMBRA, C. **Operação Rio**: o mito das classes perigosas. Rio de Janeiro: Intertexto, 2001.

ESCÓSSIA, L. O coletivo como campo de intensidades pré-individuais. In: ______; CUNHA, E. L. (Org.). **A psicologia entre indivíduo e sociedade**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2008.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Ditos e Escritos IV**: estratégia, saber-poder. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 335-351.

______. **Microfísica do poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal. 2001.

______. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GUIZARD, F.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 21-36

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MACHADO, D. **Movimentos na educação física**: por uma ética dos corpos. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

OLIVEIRA, J.; PASSOS, E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico-político. **Vivência**, Natal, n. 32, p. 259-274, 2007.

PASSETTI, E. **Anarquismos e sociedade de controle**. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PAULON, S. M. A desinstitucionalização como transvaloração: apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. **Athenea Digital**, Barcelona, n. 10, 2006. Disponível em: <http://antalya.uab.es/athenea/num10/mainieri.pdf> Acesso em: 7 jul. 2009.

RAMÔA, M. L. **A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica**: um estudo sobre o projeto Caps ad. 2005. 115f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

RODRIGUES, H. C. Formação psi: reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In: MOURÃO, J. C. (Org.). **Clínica e política 2**: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaquar; Grupo Tortura Nunca Mais, 2009. p. 201-206.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem:** ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

VASCONCELOS, M. **A infâmia de Quincas**: (re)existências de corpos em tempos de biopolítica. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VEYNE, P. **Como se escreve a história**: Foucault revoluciona a história. Brasília: Universidade de Brasília, 2008.

As Reflexões Teórico-Metodológicas sobre Saúde Mental e Humanização na Atenção Primária no Município de Serra/ES[1]

Fábio Hebert da Silva[2]

Janaina Madeira Brito[3]

[1] Texto constituído com referência no trabalho de conclusão da Especialização em Saúde mental, gestão e pesquisa pelo Ipub-UFRJ (2011-2012) e nos encontros de avaliação do trabalho com os pares da Unidade e do cuidado com o SUS. Agradecemos carinhosamente a Equipe de Saúde Mental da URS Jacaraípe-Serra pela composição desta experiência.

[2] Psicólogo, mestre em Psicologia pela UFF e doutor em Educação pela UFES, ex-consultor da Política Nacional de Humanização do SUS/MS, professor adjunto do Departamento de Fundamentos das Ciências da Sociedade, Universidade Federal Fluminense/Polo Universitário de Campos dos Goytacazes. *E-mail*: <fabiohebert@gmail.com>.

[3] Psicóloga da Prefeitura de Serra/ES, especialista em Saúde Mental pela UFRJ, mestre em Psicologia Institucional pela Ufes e doutoranda em Educação pela Ufes. *E-mail*: <jhanybrito@gmail.com>.

Resumo

A proposta deste artigo se constitui como oportunidade: é a articulação de algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) e da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito de algumas experimentações no município de Serra/ES. Tentamos problematizar usos dessas diretrizes à luz de um processo de análise, dos efeitos dos processos de trabalho no cotidiano da gestão do cuidado em saúde. Essas diretrizes, em nossa experiência, podem ser orientações para modos de disparar protagonismos “no meio” dos serviços, a fim de desequilibrar os arranjos instituídos e criar condições para outras formas de organização do trabalho, levando em consideração as diretrizes de cogestão dos processos de trabalho e de clínica ampliada. Destacamos como tais experimentações e análises no âmbito da saúde dão-se em processualidade, sustentando as diretrizes do SUS em cada tensão e conflito, a partir do referencial ético-político da PNH.

Palavras-chave:

Saúde mental. Humanização. Atenção primária. Trabalho em equipe.

Apresentação

A proposta deste artigo se constitui como oportunidade: é a articulação de algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) e da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito da experimentação de uma equipe de saúde mental. Tentamos problematizar usos dessas diretrizes à luz de um processo de análise, dos efeitos dos processos de trabalho no cotidiano da gestão do cuidado em saúde. Essas diretrizes, em nossa experiência, podem ser orientações para modos de disparar protagonismos "no meio" dos serviços, a fim de desequilibrar os arranjos instituídos e criar condições para outras formas de organização do trabalho, levando em consideração as experiências dos trabalhadores. Se os efeitos do trabalho no SUS têm gerado desdobramentos, por vezes, nefastos na vida dos trabalhadores, o campo problemático configurado com as discussões e as ações em saúde mental e humanização faz-se com rugosidades e, também, potencialidades.

As referências conceituais e metodológicas utilizadas pela PNH apontam para um trabalho que só existe em uma dimensão processual e, nesse contexto, como uma dimensão formadora de si e do mundo. Tal afirmação, então, permite-nos apontar para um processo de trabalho que se atualiza nas práticas nos serviços de saúde, a partir dos referenciais da PNH, sem desconsiderar a realidade cotidiana (com suas invenções e mazelas) dos mundos do trabalho. A PNH, como política pública, visa, nesse sentido, expressar os princípios do SUS, em modos de operar os diferentes equipamentos de saúde, propondo articulação nas práticas cotidianas das equipes, das trocas solidárias e dos comprometimentos na produção de saúde nos espaços de trabalho. Buscando reafirmar e ampliar o exercício da descentralização e da autonomia da rede de serviços, de forma a integrar os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais (BRASIL, 2006b).

Assim, a PNH constrói-se a partir de alguns princípios e diretrizes, tais como a afirmação e a ampliação da autonomia, do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos que constituem o SUS e a corresponsabilidade nos processos de atenção e de gestão em saúde. Exatamente a partir desses princípios e diretrizes que se busca afirmar os processos de trabalho como espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nos serviços e, neste texto mais especificamente, os trabalhadores da saúde mental. Para fazer tais afirmações partimos do pressuposto que os trabalhadores criam formas de agir, de se relacionar e de criar regras específicas de divisão do trabalho, criação que implica experimentação constante, evitando-se repetir a tarefa de forma mecânica.

Este texto surge nesta paisagem de reflexões e de produção de uma memória que expressa o fruto da participação em inúmeros espaços dialógicos de uma psicóloga, engajada no cotidiano de um serviço de saúde mental no município de Serra/ES, e de um psicólogo,

consultor da PNH (na época das experiências e reflexões relatadas), com inserção nas discussões estaduais das políticas de saúde, a partir do apoio institucional.

Consideramos como ponto de partida o lugar teórico-prático da saúde mental e analítico--metodológico da PNH, assumindo-as como estratégias potentes que tem se configurado como um interessante acesso às nossas políticas públicas e uma garantia do direito à saúde.

Nossa aposta é que a vivacidade de um serviço de saúde e o trabalho de uma Equipe de Saúde Mental constitua um plano problemático com alguns desafios da atualidade do cuidado psicossocial, como aposta no Sistema Único em Saúde. Destacamos como o trabalho no âmbito da saúde se dá em processualidade, sustentando as diretrizes do SUS em cada tensão e conflito, a partir do referencial da PNH. Trata-se de uma experiência, portanto, que coloca, em última instância, os efeitos de nossas ações no cerne do encontro com a alteridade, com a multiplicidade que habita o espaço público, oportunizando um mundo que é feito nas controvérsias que ladrilham um percurso de trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007). Aposta que sem dúvida considera as tecnologias disponíveis pelas equipes, a negociação que atravessa as situações de trabalho, a escuta, os protocolos e, principalmente, a "invenção" de modos de lidar (e relacionar-se) com a variabilidade das situações de trabalho e com a pretensa "imutabilidade" de instituições cristalizadas como a "loucura".

Assim, este texto parte da articulação de uma experiência no âmbito da saúde mental do município de Serra, região metropolitana do Espírito Santo e reflexões teórico--metodológicas da PNH.

Singularizações no processo de trabalho da saúde mental em Serra/ES

Nosso esforço é visibilizar outras dimensões da Saúde, dando atenção ao que se passa por "entre" estes recursos com os serviços, ampliando, por um lado, a potência de constituição da Política de Saúde Mental (SM), evidenciando as lutas ínfimas que aquecem a movimentação política no cotidiano e, por outro, a possibilidade de avaliação e reconfiguração da PNH. Nesta abertura, ganham lugar as múltiplas vozes que configuram a paisagem das ações: vozes de trabalhadores, experimentações de usuários, vinculações entre técnicos, usuários e serviços de SM que podem nos oferecer imagens provisórias das práticas e políticas que se efetivam nos territórios (DELEUZE, 2005).

Traremos, antes de tudo, um rápido contexto, com a apresentação de algumas questões em um desses territórios que compõe o SUS. O município de Serra tem em torno de 400 mil habitantes, é altamente diversificado, com regiões urbanas, rurais e litorâneas, perfazendo uma característica populacional multifacetada e marcada por movimentos migratórios. O quarto município que mais cresce no Brasil, com progresso industrial e imobiliário

exponencial, faz conviver a divulgação de uma imagem forte e moderna com experiências de gestão pouco transparentes (processos de transferência de vagas, por exemplo) e com ambíguos investimentos na máquina de Estado. É um município com menos de 30% de Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada, Unidade Básica de Saúde (UBS) dando cobertura a largos territórios, escândalos políticos na mídia, um Conselho de Saúde com sérias dificuldades para operar a paridade.

No que diz respeito aos trabalhadores, houve tempo em que o cenário se mostrava ainda mais desafiador. Educadores registravam meses com os salários atrasados. O funcionalismo público sinalizava uma gestão com pouco zelo com os servidores. Os números de atestados médicos, perícias laborais e tentativas de aposentadorias por adoecimento comparecendo de forma a chamar a atenção. Tudo isso convivendo com um momento importante para SM: a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) traz a intersetorialidade para o debate, efeito de um grande esforço ministerial (passando pela coordenação nacional de SM) e das pulverizadas mobilizações com a internet.

Na Serra experimentava-se, neste momento significativo, o fracionamento do trabalho das equipes, um isolamento que silenciava cada vez mais as práticas dos coletivos de trabalho em SM. Com graves atravessamentos aos processos de "gestão participativa", as etapas preparatórias para as conferências estadual e nacional deram-se com dificuldade e desarticulação. Estando as equipes cada vez mais ilhadas, as mobilizações locais (pré-conferências) não esquentavam o debate com os desafios em torno da construção da Política de SM, atendendo quase que a um tarefismo. Na mesma paisagem, crescia o investimento da municipalidade em parcerias público-privadas com Comunidades Terapêuticas. Crescimento de subsídios para tratamento de usuários de álcool e outras drogas em instituições particulares e (sobretudo) religiosas, quando a Política de SM vinha sinalizando o fortalecimento dos dispositivos Caps ad e Consultório de Rua. Nessa direção, os trabalhadores da saúde experimentam os mais diferenciados atropelamentos nos processos de trabalho no contexto da SM e, de certa forma, na contramão de como se tem pensado a Política de SM no Brasil.

Os desafios continuavam. Não era incomum ver a comunicação se tornando rarefeita, logo este que pode ser importante dispositivo para minimizar o centralismo que fragiliza as ações. As equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde vulnerabilizam-se, também, no risco de se assentarem no pragmatismo. Em alguma medida, as "experiências coletivas" se tornam cada vez mais difíceis de serem experimentadas no cotidiano das práticas em saúde. Os trabalhadores e os serviços localizam-se em um campo de lutas diárias, onde atravessam os fluxos políticos, legais e técnicos, constituindo a experiência social de produção de saúde e onde há convocatória de que se sustente o SUS em seus aspectos os mais imateriais e sutis.

Nesse caminhar se pode também reconhecer analisadores (ALTOÉ, 2004) de um processo-experiência com o SUS: insurge uma nova Comissão de Trabalhadores de SM para discutir a implementação do primeiro Caps i do município, produzindo potencialidades, criando quebra em um percurso de aridez e impossibilidades. Partimos do pressuposto de que o trabalhador sempre faz gestão do seu trabalho (BRASIL, 2011) e muitas vezes isso apenas perde a evidência, dando espaço para as ambivalências e as pesadas disputas políticas. A indissociabilidade entre gestão e atenção, tomada então como exercício, e que atualiza não só os princípios da PNH (BRASIL, 2006a), mas do próprio SUS, convoca-nos para fora das rotinas que despotencializam. Os trabalhadores e os usuários podem experimentar um protagonismo que relocaliza os usos e as usinagens desse SUS que se afirma continuamente com as práticas.

Viver a fragilização de espaços coletivos nessa experiência em Serra, maximizado pelo cerceamento dos encontros profissionais, das visitas externas, da saída de profissionais para reuniões e eventos técnicos, enfraquece o trabalho, mas também força rupturas e novas iniciativas na confluência desses dissensos. Fazer acontecer uma comissão, sinalizar novos projetos e serviços para o município, provocar outras discussões na rotina das regionais de saúde (fruto do trânsito desses trabalhadores) pode ampliar enormemente a potência de produção de saúde. Pela “implicação” (LOURAU, 1975) do trabalhador com o plano de lutas no trabalho, que a experiência daquilo que podemos chamar de cidadania vai, então, constituindo-se. Pelos embates, a cidade torna-se singularizada. Portanto, no encontro trabalhador-Serra um efeito público surge nas margens de quem afeta e é afetado pelas ações; de quem constrói e é constituído nas práticas.

No território é onde imprimimos nossa perspectiva de análise desses processos de trabalho e de produção de saúde no SUS. Operação problematizadora dos trabalhadores do SUS ao realizarem seu trabalho. Cada produção nesse sentido se faz como um além da informação técnica produzida e compartilhada. Com as problematizações agrega-se uma virtualidade de possibilidades elucidativas e interventivas a partir de cada efeito capaz de ser mapeado pelos trabalhadores.

A SM da Serra estava organizada, neste momento, por uma coordenação na Secretaria, nomeada como referência técnica e com funções “representativas”, respondendo pela SM do município. A partir daí que se dariam os processos gerenciais na relação com as oito Equipes de SM, equipes das Unidades Regionais e dos dois Caps (um Caps ad e um Caps II). Não há leitos em hospital geral, tampouco emergência psiquiátrica. Desejamos trazer algo dos modos de gestar e gerir e, portanto, (co) produzir as ações em SM. Ao contrário do cultivo de comissões-fóruns de trabalhadores, de usuários e de serviços intersetoriais pesa ênfase em duros processos normativos na regulamentação das práticas. Essa afirmação já se materializou, no dia a dia, nas reescrituras do Protocolo Municipal de Saúde Mental,

empobrecendo, por exemplo, a possibilidade de tomá-lo como dispositivo de análise e de repactuação coletiva do trabalho e da Atenção em SM. Têm-se entre protocolos, ofícios, relatórios, a conformação das ações em séries e mais séries de adequações procedimentais. Nesta ênfase, os processos, as redes, as pactuações e as reinvenções de cada serviço e do coletivo de trabalho em SM tendem a se anular nos efeitos de vaidade dos que conseguem ou não fazer tal procedimento, desta ou daquela forma. Por efeito, as equipes pouco se conhecem em seus modos de construção de uma "clínica psicossocial ampliada", tendendo ao isolamento onde cada trabalho se protege do olhar avaliativo (punitivo) do outro ângulo.

Os debates com a XIV Conferência Nacional de Saúde (2010) colocaram a questão da acessibilidade no SUS em pauta. Neste acesso, a ampliação do Acolhimento, a "despatologização" e a perspectiva de criar condições de continuidade no cuidado com a intersetorialidade surgem como importantes diretrizes ao trabalho da SM na Atenção Primária.

Em Serra, a atenção em saúde mental tenta-se descentralizada em Unidades Regionais de Saúde, além dos dispositivos Caps e do Consultório de Rua (recente conquista). Trata-se de equipes multiprofissionais, mais precisamente assistentes sociais e psicólogos, garantindo penetrabilidade nas lógicas predominantemente ambulatoriais, médico-centradas e hospitalocêntrica (STANGE et al, 2009). Penetrabilidade esta em uma espacialidade cheia de acordos e de concessões administrativas a determinadas categorias profissionais, alimentando práticas clientelistas e favorecimentos que muito dificultam a configuração de equipes de trabalho. Há também o atravessamento de muitos ranços manicomiais, o que insistem nos retrocessos na SM.

Outro índice desta movimentação se dá no princípio do ano de 2011, em virtude do Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica, quando as equipes e as gerencias experimentam se encontrar e imprimir outra dinâmica: iniciou-se a construção conjunta de um Plano de Trabalho para cada região de saúde. O movimento de cogestão não é fácil de manter, mas, neste momento, a encomenda que seria o preenchimento de mais uma planilha, que normalmente é feita em mão única, transmuta-se como aposta nova em dispositivo: reuniões entre equipes e diferentes níveis de gerências; trabalho partilhado; experiência dialógica; sinais de pactuação coletiva relampejam e convocam o cultivo de uma gestão que se processa entre os diferentes espaços de trabalho na saúde e que, para isso, considera e inclui os saberes dos trabalhadores no processo de configuração de uma tarefa. O SUS também se faz aí, nos detalhes das experiências que denotam deter uma atenção: elas se fazem aliançadas à determinada perspectiva ético-política da prática pública.

Por meio da ruptura com o instituído e com a incitação do movimento que se aquece no plano de lutas, um território pode se singularizar em muitas outras facetas. É no olhar um pouco mais atento a este território que ansiamos imprimir nossa perspectiva de análise dos processos de trabalho e de produção de saúde no SUS, dando visibilidade à germinação de práticas mais participativas e construtivas. Registramos o que acontece no fim do mesmo ano, o Encontro Anual da SM de Serra. A partir de uma diferenciada organização dos trabalhadores reafirma-se, no âmbito do município: 1) é preciso conseguir fazer um encontro de formação, que viabilize trocas e alianças na atuação psicossocial; 2) SM não se faz com silenciamento; se faz com condições de debate nos diferentes espaços da produção de saúde; 3) é importante insistir para que o profissional tenha condições de respeito e cuidado e, com isso, condições formativas; 4) é fundamental não abrir mão do coletivo de trabalhadores de SM para atualizar os desafios da Reforma Psiquiátrica. As lutas cotidianas fazem coemergir o plano antimanicomial nas práticas.

A experiência de uma equipe na APS e algumas especificidades da clínica em SM

No município, a atenção em SM é descentralizada em Unidades Regionais de Saúde (modalidade de Policlínica), além dos dispositivos Caps (um Caps II e um Caps ad) e do Consultório de Rua (uma recente conquista). As equipes multiprofissionais, formadas por assistentes sociais e psicólogos (algumas equipes têm psiquiatras), tentam construir penetrabilidades nas lógicas predominantemente ambulatoriais, médico-centrada e hospitalocêntricas (STANGE et al, 2009). Não é irrelevante o atravessamento dos ranços manicomiais, que insistem no retrocesso da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, dificultando imprimir um trabalho em SM na atenção primária que colabore para minimizar o preconceito e a “exclusão”, por exemplo. Decidimos trazer fragmentos da recente experiência de uma equipe, renovada no percurso de trabalho a partir de 2008, efeito de um concurso público. Esta experiência ajuda a sistematizar aspectos da prática da SM na Atenção Primária à Saúde (APS) e contribui para que ampliemos a perspectiva sobre essas práticas em outras direções, discussões, problematizações no âmbito do SUS.

O primeiro e importante efeito a ser registrado foi o impacto da redução da rotatividade dos profissionais, que oportunizou “estruturar” um Programa de SM na Unidade Regional de Jacaraípe, demarcando melhor um processo de referência local para a população. Constituir uma *equipe de referência* na maior região de saúde do município configura-se, tão logo, como um mote do trabalho e, mais que um desafio e uma luta, é investimento prioritário na garantia do acesso à saúde. Não podemos esquecer de que, por estar na atenção primária, sem estratégia de saúde da família, sem Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), a demanda por Psiquiatria e Psicologia mostra-se mais diversificada, intensa e direta. Nesse sentido, a referência da equipe em um dado território atende a uma organização do cuidado importante, possibilitando esta *ordenação da atenção* (ou

articulação de rede) de forma a enfrentar: os abusos em torno das trocas de receitas; a invasão em consultórios; as intimidações a profissionais; a falta de controle na distribuição de psicofármacos; o comércio de medicação feito por usuários etc. O cotidiano é cheio de estratégias que nem sempre colaboram com o cuidado em uma perspectiva psicossocial.

O trabalho de uma equipe, fazendo circular informações de SM e imprimindo um ritmo de pactuações e agendas, colabora para o redesenho das práticas na saúde ou não. Por isso mesmo faz parte da SM pensar esta *referência* no cuidado como estratégia clínica que beneficia usuários, familiares e instituições do território. Sabe-se que a prática de cuidado psicossocial (como modalidade clínica da Reforma Psiquiátrica) precisa lidar com processos históricos muito complexos e tão arraigados socialmente, o que dificulta, muitas vezes, gravemente o acesso dessas pessoas às políticas públicas como um todo. Configurar essa referência contribui para que estratégias sejam pensadas e cogeridas em outra direção.

O *fortalecimento do trabalho em equipe* constitui índice desse cuidado. Ampliando a responsabilização da equipe pelo planejamento das ações e criando fluxos de atendimento (flexíveis, mas criteriosos e diretivos) criam-se importantes impactos no acesso ao serviço. Nesta criação de um *programa local*, cuidar de princípios que orientam eticamente a clínica, no coletivo de trabalhadores, também configura como um processo importante. Ainda que a diversidade teórico-técnica seja garantida, construir uma *afinação metodológica* entre os profissionais mostra-se fundamental no desenvolvimento de recursos para cuidar das aflições, dos sofrimentos, das imensas gravidades que marcam a vida dos "pacientes de SM".

Quando acessa ao serviço, o usuário da SM constrói um caminho terapêutico singular, a partir de um processo que põe em análise sua demanda. Muitas vezes, e melhor que seja assim, essa análise não precisa caracterizar tratamento, inclusive este é um trabalho frequente e muito peculiar do contexto da APS. Mas uma *política de acolhimento contínuo* é fundamental, pois ajuda exatamente a descaracterizar experiências patologizantes e estigmatizantes; orienta; informa; sistematiza vias de um acompanhamento quando necessário. *Inventar dispositivos de cuidado* singularizados aos contextos das solicitações, na composição com os recursos do território, também integra o processo de trabalho que afina esse tipo de clínica. É muito importante que os dispositivos de cuidado, com *ferramentas para fortalecer os processos de trabalho*, componham uma clínica psicossocial que se conforma na experiência singularizada da atenção primária como porta de entrada do SUS (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Portanto, o trabalho cotidiano faz-se na contínua formação de uma *disponibilidade da escuta*, que ajude na formulação de orientação variada, na construção de diferentes recursos terapêuticos e na presentificação dos princípios da clínica psicossocial em atualização em um ambiente de Unidade de Saúde, pouco familiarizado com as questões da SM.

Indicamos alguns dispositivos construídos nestes anos e que, ao serem mapeados, colaboram com o processo de revisão das práticas, impresso pelo trabalhador do SUS: 1) palestras de prevenção em saúde para os que procuram a SM, como ação de promoção de saúde, acolhe, informa e descaracteriza processos patologizantes; 2) entrevistas multiprofissionais que orientam, encaminham à rede e pactuam Projeto Terapêutico no Programa; 3) grupos organizados para acolhimento de mulheres, homens, crianças, adolescentes; 4) grupos terapêuticos (inclusive grupos abertos à circulação dos usuários, realizados em dias fixos, de modo que o usuário escolhe quando participar); 5) interconsultas com profissionais (sobretudo enfermeiros), com outros programas (Pediatria e Hiperdia, por exemplo) e outras instituições (UBS, Centro de Referência da Assistência Social – Cras, Conselho Tutelar etc.); 6) acolhimento imediato aos usuários de álcool e outras drogas, onde a tentativa é constituir vínculo de cuidado, orientações de redução de danos corresponsabilizado com o Caps ad; 7) atendimentos específicos: psiquiátrico, psicológico e do Serviço Social; 8) reuniões semanais de equipe; 9) visitas domiciliares; 10) participação de reuniões e fóruns intersetoriais.

Claro que algumas destas ações são mais sistematizadas que outras. Algumas certamente mais fáceis de aquecer que outras, mas elas já nos indicam a engrenagem que exige esses procedimentos, que cria tecnologias e que precisa produzir uma paisagem propícia a configuração de vínculos com os usuários, que nesta feita já podem ser mais bem conhecidos em suas necessidades e demandas. Este é um processo importante, sobretudo, porque a SM na APS em Serra tem um público prioritário, a saber, as situações envolvendo "transtornos mentais graves, situações de violências e uso abusivo de drogas". Estando na APS é preciso criar estratégias para receber e acolher todo o usuário do SUS. Mas, toda uma modalidade de atenção psicossocial precisa também se tecer para acolher e acompanhar usuários com histórico de internações psiquiátricas; tentativas de suicídio; uso abusivo de medicação; desassistidos em seus direitos; em experiência de cárcere privado; em sofrimento pelo uso abusivo de drogas etc.

Nesta ampla malha de ações, práticas, princípios e experiências de uma equipe multiprofissional e usuários do SUS, verifica-se que coisas importantes puderam acontecer: os consultórios começam a perder centralidade, ao passo que os espaços diversificados do serviço de saúde podem começar a receber e exercitar este acolhimento aos usuários do SUS, incluindo "os pacientes da SM". O trânsito que imprime os loucos, que conquistam inserção no Programa Hiperdia e que usam, ao seu modo, a sala do preparo, provoca aprendizados em todos. Com maior ou menor dificuldade, os enfermeiros, os vigias, os técnicos, os psicólogos, o gerente e as assistentes sociais experimentam cada vez mais esta modalidade de cuidado com abertura para a integralidade. Verificamos, então que, na experiência dessa equipe, o trabalho se faz nas bases de um trinômio: a "construção de condições saudáveis de trabalho" – o "cuidado com os vínculos com o usuário" – a "invenção contínua de tecnologias de intervenção" (ANDRADE, 2011; STANGE et al, 2010). Podemos

assim, indicar algumas pistas de um campo terapêutico no plano de Atenção em SM na APS, diretrizes constituintes dessa experiência e que se movimentam no desafiador processo de construir uma clínica psicossocial em diferenciados contextos e condições de trabalho, ou o que a PNH trata por diretrizes da Clínica Ampliada e da Cogestão.

Um lugar de escuta – para endereçamento do sofrimento humano, com potencialidade de vinculação, organização de sentido para essa vida plural, ponto de acolhimento para aflições, não se isenta de atualizar práticas também estigmatizadoras, microfacistas, preconceituosas e manicomiais; todo cuidado é pouco, nossos parceiros do cotidiano podem nos ajudar quanto a esse risco. As reuniões de equipe é um fundamental dispositivo nesse cuidado.

A intensa demanda de medicalização – não é um objeto apenas de nossas intervenções; é uma questão séria na contemporaneidade; nosso trabalho potencializa-se no cuidado quando podemos colocar a medicalização e a patologização da vida em análise nos nossos cotidianos, com nossas práticas, as mais sutis e ordinárias.

As situações graves, trazidas assim pelos usuários, são sempre graves – mesmo não se caracterizando no nome de transtorno mental grave ou tendo "diagnóstico" de psicose; aprendemos com este cuidado, e por aí constrói-se acolhimento, acompanhamento e desmistificações.

Insistir nas reuniões de equipe – nos encontros, nos partilhamentos do trabalho, na construção de caminhos interventivos no território com os diferentes setores são planos de uma aposta na perspectiva coletiva da vida; as técnicas e os saberes têm lugar nessa aposta em que a saúde é construída (e melhor que seja junto).

Os Programas de Saúde na APS – os cadastros dos pacientes, a atuação dos diferentes trabalhadores do SUS nestas frentes não podem esquecer a organicidade da vida; a dinâmica deve ser aliada a este cotidiano, para um trabalhador de saúde que se agencia com o princípio da mutabilidade também como aliado da produção de saúde. Neste sentido, diminuímos o risco de produção de patologias.

As equipes de SM nas regionais, os Caps, assim como o Fórum Rede Criança de Serra – são pura potencialidade neste cuidado que coemerge com as experiências no município, que pode atualizar princípios da clínica psicossocial ali onde o respeito, a diversidade, a autonomia, a atenção e o vínculo devem ser primados.

Desdobramentos: fortalecendo a perspectiva da Clínica Ampliada

As *problematizações* ajudam-nos a continuar produzindo análises do cotidiano dos trabalhadores de SM de Serra. Registra-se uma história recente feita na temporalidade

das práticas, no cerne dos avanços e nos retrocessos que podemos imprimir com o SUS. É claro que nessa história viva em movimento, o conflito, o paradoxal da experiência pública também compõem os processos de trabalho e sinalizam para a urgência em aglutinar os trabalhadores, na luta pela constituição da rede de produção de saúde (fora do registro de garantias que temos com a implantação de unidades e a contratação de equipes). Pela experimentação da análise coletiva do trabalho, podemos visibilizar os movimentos potentes que as ações de saúde sempre podem produzir. As análises, na potencialidade de um diagrama-imagem provisório, fazem ver e falar, um pouco mais a Saúde Pública ali onde signos operativos do trabalho no campo da SM singularizam um município.

Este foi tema recorrente nos Fórum de Trabalhadores, conhecido como Reunião Geral de SM, ora com frequência mensal, trimestral; ora ocorrida semestralmente, e já foi até suspensa, como dito acima: “equipes sem psiquiatra”; “muita demanda” para Psiquiatria; “muito pedido de medicação controlada”; “cansaço de realizar atendimento, negando o acesso”; vagas escassas no Centro de Referência e Especialidade (CRE Metropolitano).

Toda sorte de ressentimento surge nas reuniões em torno “destes problemas-disfunções” e mobilizam os trabalhadores das equipes multiprofissionais (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros) em torno da remediação de situações pontuais. O que chama a atenção é a dificuldade para as análises sobre a centralidade do saber psiquiátrico, nas atuações e nas concepções dos profissionais, sejam eles médicos, psicólogos ou assistentes sociais. Nesse sentido é possível perceber uma baixa capacidade de qualificação das demandas e das avaliações que se reverteriam como ofertamento das equipes para a rede – ganha pouca força a avaliação ampliada de quando a demanda feita para o psiquiatra envolve uma ação de cuidado que a equipe deve ou não mobilizar com atendimento multidisciplinar, com diretriz psicossocial em uma clínica ampliada.

O fato de tomar responsivamente a falta de uma especialidade no município deixa escapar a possibilidade de situar o lugar que essa demanda tem no âmbito da realidade das equipes, dos seus limites e as possibilidades de efetivação de uma clínica psicossocial que é um desafio, sobretudo quando experimentada na radicalidade dos territórios, como é o caso da Atenção Primária em Saúde.

Assim, se concordamos com a ideia de que o processo de trabalho não se restringe à ação isolada de um especialista, mas acontece na rede de negociações cotidianas, uma clínica ampliada não se limita à ação fragmentada de um médico ou outro profissional. Esta clínica pode ser configurada sob o risco de ver (como efetivamente constatamos) a experiência do trabalho reduzida a um espaço-tempo limitado à ação de um sujeito, que simplesmente examina um objeto (“paciente”) e que só possui a possibilidade de relação prescritiva de cuidado.

Mas a *clínica ampliada* que se espera que, cada vez mais, constitua-se como um plano de experimentação para as práticas em saúde;,origina e direciona o processo ao "compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, de trabalhadores e de usuários no processo de produção de saúde" (BRASIL, 2004). Portanto, há aí um direcionamento que aposta na dimensão coletiva de nossa existência e, para isso, é preciso que criemos condições para a circulação desses saberes, para a cogestão dos serviços e para a corresponsabilidade pelas formas de cuidado. Essas diretrizes se fundamentam em um compromisso com os sujeitos singulares que habitam o SUS, reconhecendo os limites dos conhecimentos e das tecnologias utilizadas pelos profissionais de saúde, mas, sobretudo, ressaltando a importância da comunicação entre os atores e entre os diferentes setores, cujos saberes e práticas se vinculam a uma visão ampliada da saúde (BRASIL, 2007a).

Tornar essa perspectiva de clínica incorporada ao nosso fazer cotidiano dentro do SUS foi e ainda é um desafio diretamente relacionado à incorporação do que temos chamado, até aqui, de análise coletiva do trabalho, não só no município, mas no estado do ES.

Tratar de clínica ampliada é também nos questionarmos sobre os lugares que temos habitado, os efeitos de nossas práticas cotidianas, nossas implicações na construção de um diálogo articulador de redes de convívio e de serviços para a população, logo estamos também tratando dos modos como concebemos a gestão e a atenção em nosso cotidiano. Uma prática que se denomine de clínica ampliada não o é pela contraposição a outra que seja reduzida, mas é atravessada pela avaliação contínua de si mesma, de como vem se concretizando e se desdobrando nas experiências cotidianas dos processos de trabalho no SUS, como um movimento de autonomia. Com isso, referimo-nos a outros modos de valorar o trabalho e a saúde (considerando os processos de trabalho e de promoção de saúde) como um norte para que os princípios do SUS se atualizem nos serviços e nas relações de trabalho que, em última instância, coincidem com a própria aposta da PNH.

Dito de outra maneira, produzindo novos modos de trabalhar e de viver mais saudáveis e prazerosos, potencializamos o protagonismo dos trabalhadores e usuários, e protagonismo implica a corresponsabilidade e a existência de espaços para construirmos outros modos de trabalhar, assim como instrumentos avaliativos deste processo.

Se considerarmos as análises que visam à produção de outros valores para o SUS, necessariamente precisamos criar estratégias outras de relação com as instituições, como a loucura. Incluir na própria composição da clínica nossa dificuldade de nos relacionar com a loucura.

Os loucos[4] não estão sozinhos na trama complexa tecida pela desigualdade social brasileira. A loucura, contudo, apresenta-nos especificidades que desafiam, mesmo se reconfigurando

[4] Trabalhamos com a loucura não como dimensão psicopatológica. Tomamos sua condição pluridimensional para favorecer um entendimento da loucura como expressão e forma-vida, que não cabe em sentido algum totalizante, quer seja sentido biomédico, psicológico, sociológico, político etc. Nossa tentativa é de tomá-la pelos seus efeitos no nosso trabalho técnico em uma Unidade de Saúde, no nosso modo de construir a prática em Psicologia, no nosso modo de estar na vida. Para isso, nos referenciaremos nas contribuições de Foucault (2002) e Fonseca (2010).

nas significações culturais e nas racionalidades científicas. Trata-se de uma experiência que não deixa de ter um lugar amplamente mobilizador, complexificando nossa tentativa de encontro com algumas práticas atravessadas pela dimensão da loucura no âmbito do SUS. Nelas o trabalhador de saúde é afetado de forma muito singular, e não naturalizá-la na doença mental, por exemplo, exige um movimento intenso com os efeitos de estranhamento que são produzidos pelas andanças dos loucos nos serviços.

A 'desnorma', essa 'desrazão', experiência das derivas no viver, convoca-nos a colocar em análise o relacionar-se com ela, com o que a loucura encarna em cada plano de relação, olhando, sobremaneira, para como construímos nossas práticas em saúde atravessadas por esta condição altamente ímpar da existência humana, de forma, claro, a consolidarmos experiências que *acolham* essas vidas em sua variabilidade. Então, que efeitos podem considerar a loucura como uma instituição ou o trabalho como uma rede viva de processos de cooperação? Que efeitos se têm gerado na construção de um SUS que se pretende "política pública de saúde"?

Essas são questões que têm relação direta nos modos de organização do trabalho, em seus sinais mais comuns – absenteísmo, tratamento áspero e superficial dos trabalhadores (dificuldade de lidar com os usuários), valor negativo atribuído ao ambiente de trabalho pelos trabalhadores, baixa adesão aos processos terapêuticos, fragmentação dos processos de trabalho, redução da gestão à prescrição, saber acadêmico mais importante que o saber da experiência de trabalho – são apenas algumas complicações, ou produtores de complicações, se pensamos as políticas públicas como espaço de produção coletiva de modos éticos de se "estar-no-mundo". Mas, tais complicações seriam, nesta mesma perspectiva, temas recorrentes na saúde pública pelo seu potencial de afetar o desenrolar dos serviços, tanto ao tornar os processos de trabalho fragmentados e descontextualizados, quanto ao se constituir como cenário de invenção de estratégias de qualificação do campo problemático.

Tomar o encontro com a loucura como uma *experiência* exige que nossa conexão com os usuários se dê de forma mais pluridimensional, considerando inclusive essa gama de afetações e efeitos que compõem a paisagem do trabalho. Isso implicaria, aos trabalhadores e aos estudiosos do campo público, uma disponibilidade à prática da *problematização*, um desafiador e contínuo exercício de constituição de realidades. Implica, por isso mesmo, um processo de formação amplo, não tão somente a "assimilação" de conteúdos, de técnicas, capacitações e aprendizagens dos modos de operar (já prontos) na esteira dos diferentes serviços sanitários com seus problemas-complicações dados como inertes.

O *cuidado* se faz em novas experimentações e direções: com garantia de direitos sociais mínimos; a ampliação de recursos públicos; com serviços novos para idosos, portadores de DST/aids, usuários de drogas, crianças e adolescentes, vítimas de violência etc. Cuida-se

ao fomentar a participação popular; o movimento da Luta Antimanicomial, os Conselhos de Saúde e os diálogos intersetoriais. Cuidado que se faz com terapias, artes e direitos sociais, indissociavelmente, do problema do cuidado que se constitui *nas* e *pelas* práticas dos trabalhadores.

Uma nova perspectiva de atenção à gestão do trabalho vai então se fazendo, com recursos financeiros e equipamentos novos, com diferenciados conhecimentos e atuações, na tarefa de produzir dispositivos e de mobilizar processos coletivos de trabalho que estejam cada vez sintonizados com a consolidação de estratégias antimanicomiais. Somos desafiados a criar novos e diferentes modos de organizar o trabalho que efetivam, portanto, outros modos de gestão e de cuidado. Assim, pulverizamos frentes de produção de saúde de base comunitária, a exemplos da Estratégia de Saúde da Família e do *cuidado integral*, congregando uma agitação política processual, de afirmação do SUS e da *rede psicossocial* como um dos caminhos nele (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Vemos, portanto, diferentes temporalidades e realidades sendo construídas, com avanços da própria Política de Governo (BORGES; BAPTISTA, 2008), e com experiências locais tensionadas nos desafios experimentados por cada território político, a índice do que trouxemos do município de Serra. Assim, também a luta antimanicomial se faz em modulações e singularizações locais.

Santos (2008) ensina que a atenção na vida vivida neste âmbito das experiências territoriais – entendida como um espaço existencial potente – é uma importante dimensão intensiva e pode contribuir para nossas análises, gerando um movimento de compreensão que se intensifica paradoxalmente neste local, e que gera um efeito de ressonância para as práticas aquecidas em redes de cuidado potentes. É considerando esta aposta que valorizamos o registro das experiências no âmbito do SUS, a análise dos processos de trabalho e a disponibilidade, também entendida como uma ação pública, de colocar uma experiência aberta às leituras e às reescrituras.

Entendemos, portanto, que práticas como a que trouxemos na experiência deste texto, podem hoje extrair algumas ressonâncias, pois assentam-se na experimentação da *gestão partilhada*; na construção do *trabalho interdisciplinar e no cuidado em direção às redes intersetoriais* como uma aposta ética, bem como reconhece que tais perspectivas continuam sendo construídas na vivacidade dos serviços e na continuidade destes em nossas problematizações. Aposta política na construção processual de uma clínica psicossocial ampliada, no caso da APS, a ser potencializada pela construção de uma experiência de cogestão (BRASIL, 2007b) e do acolhimento e do vínculo (BRASIL, 2006c), na defesa de uma saúde produzida e reproduzida em múltiplos parâmetros e experiências. Assim, não vemos a saúde como um estado unilateral permanente. Tampouco localizamos as práticas de saúde concernentes apenas a alguns espaços-tempo. A prática pública de construção da saúde é, notoriamente, inconclusa e cheia de potencialidades para, tanto em exercício

direto na assistência quanto nos debates e conversações com as experiências, o intento e a abertura de nos deslocar em múltiplos caminhos formativos.

Vemos, ainda, que nas experiências territoriais de saúde mental com a APS muitas misturas nos tencionam pelos corredores e ruelas dos bairros, convidam-nos a criar um plano de visibilidade (e análise) de como efetivamente produzimos saúde com as equipes e pelas políticas nas redes que eventualmente conseguimos aquecer. Nas redes, nem sempre vemos possibilidades de localizar o arcabouço teórico-prático que constitui nosso patrimônio nas lutas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil desde os anos 1970-1980. O trabalhador e os serviços perdem forças diante de processos muito duros, como a corriqueira corrupção que muda o plano de acessibilidade aos serviços ou o coronelismo que cria domínio partidário nos Programas de Saúde. O território é vivido, na verdade, como um barril de pólvora, quando pensado os jogos de poder aí colocados.

Considerações finais

Ao pensar aqui um pouco da SM na Atenção Primária naquilo que de potente se cultiva, em uma relação analítica possível com os princípios do SUS a partir da referência da PNH, esperamos ter podido afirmar a importância de cuidarmos desta coexistência – diretiva, discursiva, política e técnica – da Reforma Sanitária com a Reforma Psiquiátrica brasileiras. Estas constituem movimentos, por vezes, reconhecidos como paralelos, mas que são forças congruentes de um mesmo processo ético-político de constituição do SUS nas bases da acessibilidade, da equidade e da universalidade.

Este encontro delineia para nós, sobretudo, um plano de *clínica no território* que tem outras tantas potencialidades. Espaços como reuniões, fóruns locais (criança e adolescente, drogas, assistência social etc), redes, cursos, eventos profissionais, criam um pano de fundo para experimentarmos, não uma *formação em saúde* como acúmulo de conteúdo (como já criticamos neste texto), mas um processo de aprendizagem da modalidade de cuidado compartilhado e construído na processualidade desses desafios dos serviços e das equipes. Para isso, tanto a aprendizagem quanto o cuidado se fazem em uma experiência que é coletiva e partilhada. Nesse ínterim, o desafio para os trabalhadores torna-se cada vez mais a *construção de espaços coletivos de trabalho*, onde a dimensão do cuidado, a direção das terapêuticas, a ética no acompanhar dos casos, possam coemergir em um plano comum entre as práticas, os serviços, as diferentes ideias, técnicas e profissões (INSTITUTO DE PSQUIATRIA, 2007). Minimizando os distanciamentos que tendemos a alimentar em nossas práticas; minimizando os distanciamentos teóricos e empíricos que tendemos a construir, pode-se aumentar a chance de constituir um plano comum que, no dia a dia, fortalece ainda mais os *coletivos de trabalho em saúde*, fortalecendo a saúde como prática humana e social.

É com esse entendimento que a PNH tem buscado fomentar, nos atores que constroem essa rede, o exercício pleno de suas condições como trabalhadores protagonistas de análises e de intervenções compartilhadas nos seus espaços de trabalho. Lança o desafio de convocá-los no seu potencial de criação, próprio dos vivos, para disparar novos modos de fazer e gerir o trabalho e, assim, transformar os mundos do trabalho na saúde pública.

Compreendemos que o cotidiano dos serviços, o espaço onde o trabalho vivo dentro do SUS se desenrola e gera frutos, é o ponto de partida (e também meio do caminho), é a própria "substância" estruturante das redes de atenção. Para ser rede, deve se considerar sua contextualização, as dificuldades e as superações inventadas nos encontros e desencontros dos serviços com seus desafios locais.

Quando esse contexto favorece a invenção de novos modos de funcionamento e de conexões com as diferentes dimensões da vida dos trabalhadores e dos usuários, podemos afirmar que o trabalho acontece de forma "saudável" para todos, potencializando o surgimento de redes vivas para uma clínica ampliada.

Assim, a diretriz que aponta para a criação de condições de intervenções *nos* e a *partir dos* processos de trabalho, de forma a favorecer o "surgimento" (em experiências singulares) de redes vivas, compõem a paisagem de investimento no SUS – em seu modo política pública. Essa diretriz, investimento nos processos de trabalho e nas redes vivas, implica sempre mais a inclusão dos diferentes sujeitos e vozes que habitam o cotidiano do SUS – pelo cuidado com o SUS.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 20. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ANDRADE, R. B. A. **Saúde mental e cuidado na atenção primária em saúde**: (re)invenções antimanicomiais numa unidade de saúde. 2011. Especialização (Pós-Graduação Atenção Primária em Saúde) – Faculdade de Tecnologia FAESA, Vitória, 2011.

ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004.

BORGES, C. F.; Baptista, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, 2011.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006c.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico**. 2. ed. Brasília, 2007.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006a.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa: cogestão. 2. ed. rev. – Brasília, 2007a.

______. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

______. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. Brasília, 2006b.

BRITO, J. M. **Narrativas do cuidado em saúde mental**: o cotidiano da atenção primária em Jacaraípe/Serra/ES. 2012. Especialização (Pós-Graduação em Saúde Mental, Gestão e Pesquisa) – Instituto de Psiquiatria UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.

DESVIAT, M. A institucionalização da Loucura. In: _____. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

DELEUZE, Gilles. Um novo cartógrafo (vigiar e punir). In: ______. **Foucault**. 2. ed. Brasília: Ed. Brasiliense, 2005. p. 33-53.

DELGADO, P. G. **Formação teórica e técnica do acompanhamento domiciliar em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

______. Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. In: ______. **A reforma psiquiátrica que queremos**: por uma clínica antimanicomial. Belo Horizonte: ESP-MG. 2007. (Caderno Saúde Mental, v.1).

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FONSECA, T. M. G. **Vidas do fora**: habitantes do silêncio. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2010.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2002.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva: 1997-2007. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2. out./dez. 2009.

SAÚDE mental na Atenção Básica. **Cadernos do IPUB-UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, mar./abr. 2007.

LOURAU, R. **A análise Institucional**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1975.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 15. ed. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2008.

STANGE, J. M. B. et al. Nos caminhos do Jacaré: desafios clínicos em um Programa de Saúde Mental de um município brasileiro. In: CONGRESO DE SALUD MENTAL E DERECHOS HUMANOS, 9., 2010, Buenos Aires. **Anais**... Buenos Aires: [s.n], 2010.

______ et al. A saúde mental em Unidades Regionais de Saúde do município da Serra. In: SERRAT, M. F. (Org.). **A importância da intersetorialidade na atenção em saúde mental**. Espírito Santo: Serra, 2009.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.477-486, 2009.

Travessias de Humanização

na Saúde Mental: Tecendo Redes, Formando Apoiadores[1]

Vania Roseli Correa de Mello[2]

Simone Mainieri Paulon[3]

[1] Texto inédito. Resultado de pesquisa de mestrado da primeira autora orientada pela segunda e defendida no PPG de Psicologia Social e Institucional da UFRGS em abril de 2009, sob título original de *Estratégias de Humanização do Cuidado em Saúde Mental: Cartografando as Intervenções de Apoiadores Institucionais.* Não contou com financiamento público de qualquer espécie, nem ofereceu conflito de interesses a seus participantes.

[2] Psicóloga, sanitarista, servidora da SES-RS, mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e doutoranda em Psicologia (UFF/RJ); <vaniarcmello@gmail.com>.

[3] Psicóloga, mestre em Educação (UFRGS), doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), docente do PPG em Psicologia Social e Institucional e do PPG de Saúde Coletiva da UFRGS, coordenadora do coletivo INTERVIRES: pesquisa-intervenção em políticas públicas, saúde mental e cuidado em rede; <simone.paulon@ufrgs.br>.

Resumo

Este artigo estabelece possíveis conexões entre a Política de Saúde Mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização (PNH). Seu objeto foi a humanização do cuidado em saúde mental, expresso nas intervenções desencadeadas pelos apoiadores institucionais e formados em 2008 no Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul. Buscou aproximações e laços – “pontes”– entre estas duas políticas públicas de saúde, de modo a contribuir para a qualificação das práticas desenvolvidas na rede psicossocial, na perspectiva do cuidado em liberdade. Para tanto, percorreu as linhas teóricas da saúde coletiva, da Reforma Psiquiátrica e da PNH, e lançou mão da cartografia como estratégia metodológica a fim de acompanhar, ler e analisar os 11 Planos de Intervenção desenvolvidos pelos alunos/apoiadores inseridos no campo da saúde mental. Os analisadores grupalidade, protagonismo e transversalidade, resultantes das intervenções enfocadas na investigação, indicaram pontes diretas e profícuas entre as diretrizes propostas pela PNH e os princípios mais caros à Reforma Psiquiátrica como o respeito às diferenças, ao protagonismo dos usuários e ao cuidado em rede.

Palavras-chave:

Humanização. Cuidado. Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Grupalidade.

Adentrando o campo das políticas públicas

> Para passar de um lado a outro do canyon, é necessária uma ponte.
> A ponte é o elemento que permite conectar uma idéia a outra, um tempo a outro.
> Pontes e viadutos são elementos que servem para transpor os abismos das gargantas.
> Transportar, transitar, reduzir distâncias.
> Elementos que estabelecem ligações, laços. São passagens.
>
> (FUÃO, 2001)

Neste artigo buscamos estabelecer possíveis conexões e repercussões entre duas políticas públicas de saúde: a Política de Saúde Mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, e a Política Nacional de Humanização (PNH). A imagem da ponte é aqui utilizada como metáfora das possíveis conexões existentes entre as duas políticas, forjadas no contexto do Sistema Único de Saúde e que, apesar de não terem sido inicialmente construídas uma para a outra, guardam estreitas relações entre si. Compartilham, entre outras afinidades, a promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; a inclusão das diferenças, como incremento às experiências coletivas; e a mudança nos modos de produção do cuidado em saúde.

A possibilidade de transformação e de qualificação das práticas de cuidado em saúde mental, na interface com a Política Nacional de Humanização (PNH), constitui-se, portanto, no fio condutor deste artigo. A interação proposta é fruto de um esforço para a construção de laços entre ambas, que apontem para a possibilidade de contribuir com o processo de qualificação das práticas de produção de um cuidado humanizado em saúde mental. Possibilidade, portanto, de construir pontes.

Uma primeira ponte que se ergue é o diálogo profícuo entre os princípios do SUS e as diretrizes da PNH com o modo de cuidar em saúde mental, demandado pela Reforma Psiquiátrica (RP). O cuidado em saúde vem se constituindo, cada vez mais, como um dos principais desafios para a qualificação dos modos de produção da saúde. Configura-se como uma tecnologia que Merhy (2006) designou por "leve", de caráter relacional e que se produz nos encontros entre usuários e trabalhadores no campo da saúde.

Em contrapartida, as dificuldades vividas pelo SUS nos colocam frente ao impasse de efetivar e garantir na prática os princípios que estão assegurados em lei. Temos hoje uma trajetória de fragmentação da rede de assistência e do processo de trabalho, onde o baixo investimento na qualificação profissional incide sobre o despreparo das equipes para lidar

com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e, não raro, resulta em desrespeito aos direitos dos usuários.

Uma segunda ponte a ser erguida diz respeito à necessidade de diminuição do abismo existente entre a academia e os serviços de saúde. Os resultados nefastos dessa distância podem ser constatados, por um lado, quando os trabalhadores ressentem-se da dificuldade em obter um suporte teórico e metodológico condizente com seus impasses cotidianos e, por outro lado, quando as organizações acadêmicas se consomem na produção de conhecimento para si mesmas, caracterizando uma espécie de autofagia com poucos efeitos para a sociedade. Nesse sentido, a PNH tem desenvolvido estratégias de formação-intervenção que procuram incidir na lacuna existente entre bancos acadêmicos e demandas emergenciais dos serviços de saúde. (HECKERT; NEVES, 2010; PAVAN et. al, 2009; PASSOS; PASCHE, 2010)

Partindo do princípio de que formar e intervir são processos intrínsecos, os cursos promovidos pela PNH são voltados para trabalhadores com inserções variadas nas instâncias do SUS, tendo por foco a tecnologia do Apoio Institucional, conforme trabalhada por Campos (2000). Assim, todo o processo de formação delineia-se em torno de um plano de intervenção a ser desenvolvido concretamente nos serviços de saúde em que os alunos/apoiadores seguirão atuando. Além disso, existe o foco no “aprender-fazendo”: mais que “fazer-conhecer”, importa “fazer-participar”, de modo que a relação com o aprender se estabelece com base na apropriação, na mobilização e na construção de conhecimentos. Outro princípio da política de formação da PNH diz respeito à descentralização e à corresponsabilização locais: os projetos de formação devem considerar os cenários locais e a pactuação dos atores envolvidos.

Pode-se destacar, ainda, que os processos de formação da PNH levam em consideração a inclusão de atores estratégicos ao longo do processo no sentido de uma avaliação formativa, com a inclusão de ações de monitoramento e de avaliação, onde possam ser identificados e incorporados os diferentes analisadores institucionais produzidos, de modo a destacar o caráter participativo e emancipatório, que o processo de avaliação pode adquirir (PAULON; CARNEIRO, 2009).

Nesta perspectiva, este artigo busca dar visibilidade às estratégias de humanização do cuidado em saúde mental, evidenciadas a partir da análise de intervenções realizadas pelos alunos/apoiadores da primeira edição do Curso de Especialização da Humanização da Atenção e Gestão do SUS, ocorrido entre junho de 2007 e abril de 2008. Pioneiro na modalidade *lato sensu* com esta ênfase, o curso foi desenvolvido por meio de parceria de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde/SAS/PNH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Regional

do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), com o apoio da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (SES/ESP-RS).

Dos 64 trabalhos finalizados, foram selecionados os 11 trabalhos de conclusão de curso cujos planos de intervenção foram desenvolvidos no campo da saúde mental. Configurou-se em uma pesquisa de caráter qualitativo que utilizou a cartografia como estratégia metodológica. Ao cartografar a trajetória percorrida pelas apoiadoras institucionais em suas intervenções nos diferentes territórios do Estado do Rio Grande do Sul em que se inserem, explorou-se as diferentes possibilidades de construção de pontes, entre as estratégias desenvolvidas pela PNH e o cuidado em saúde mental, demandado pelo atual estágio da Reforma Psiquiátrica em curso em nosso país.

Para reencantar o SUS: uma política voltada para a polis

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH), em curso no Brasil desde meados de 2003, pretende-se transversal às diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde e apresenta-se como uma inflexão do próprio SUS, constituindo-se exatamente a partir de seus problemas e contradições, pois, embora reconheça os desafios que estão colocados para o fortalecimento do SUS, não toma os problemas senão, para enfrentá-los.

> Esta é uma sensível e radical diferença, um importante deslocamento para o enfrentamento das contradições do SUS, pois ali onde se anunciava o problema (os modos de gerir e cuidar), onde se localizava as dificuldades mais radicais (ação autônoma dos sujeitos) e a impossibilidade da construção de planos de ação comum (relação entre sujeitos com interesses e necessidades não coincidentes) é que se vai buscar a força e a possibilidade da produção da mudança. Ação de contágio e afecção pelo SUS que dá certo, que "dá certo" como modo de fazer e como direção ético-política (PASCHE, 2008, p. 6).

Autores como Benevides e Passos (2005) chamam a atenção para um processo de esvaziamento do conceito de humanização que tem desencadeado o enfraquecimento de sua capacidade de disparar movimentos de mudanças, responsáveis pela problematização e pelo arejamento das práticas de atenção e de gestão da saúde. Desse modo, muitas ações de cunho estritamente voluntarioso e assistencialistas têm sido desenvolvidas sob a genérica referência à humanização.

Não se trata, obviamente, de desconsiderar que festejos de aniversário dos colegas, feirinhas beneficentes na comunidade ou atividades artísticas com recursos locais possam contribuir para a melhoria dos ambientes de trabalho. Trata-se, entretanto, de colocar-se em análise

qual a efetiva repercussão que tais práticas sociais possam ter na qualificação do cuidado. Expressões do tipo: "lá na unidade o nosso grupo da humanização conseguiu implantar a ginástica laboral", ou "o nosso hospital tem o coral da humanização", eram comuns nos primeiros encontros e expressam o que passamos a designar por "conceito-sintoma". "Novos nomes para velhas práticas" é o que Benevides e Passos (2005) referem por "conceito-sintoma da humanização" que diz respeito a práticas de cuidado e de organização do trabalho, que paralisam, padronizam e reproduzem antigos modos de funcionar.

> Desnaturalizar o conceito de humanização impõe, portanto, apontar para o jogo de forças, de conflitos ou de poder que institui sentidos hegemonizados nas práticas concretas de saúde, apostando, em contrapartida, na criação de um novo modo de fazer (BENEVIDES; PASSOS, 2006, p. 62).

O desafio colocado na redefinição do conceito toma a humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde, a partir de um "SUS que dá certo". É neste ponto que o conceito abandona o domínio abstrato de princípios transcendentes para ganhar consistência na experiência concreta dos sujeitos e das práticas de saúde.

Tal operação de passagem – do conceito-sintoma para conceito-experiência – implica pensar o humano no plano comum da experiência de homens concretos que, quando mobilizados e engajados "[...] são capazes de coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste processo" (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 391). É esta a aposta que a PNH tem feito por meio da formação de trabalhadores de saúde, na função de apoiadores institucionais, que atuam como "[...] amplificadores das redes, criando formas de contágio que propagam as diretrizes e dispositivos do HumanizaSUS, fazendo valer os princípios da PNH" (PASSOS, 2007).

Concebida como um "modo de fazer", a PNH tem na metodologia do apoio institucional sua principal estratégia de mobilização de gestores, de trabalhadores e de usuários. O apoiador institucional fomenta e acompanha processos de mudança nas organizações, oferece suporte aos movimentos desencadeados pelos coletivos, oferta conceitos e tecnologias para qualificar os processos de produção de saúde, valoriza os diferentes saberes que circulam, viabilizando os projetos pactuados por atores institucionais e sociais. A função apoio, em grande medida, aprende-se no decorrer do próprio exercício, e é por isso que se propõe um "curso-intervenção", ou seja, uma dinâmica de formação que considera a própria inserção do aluno/apoiador em processos grupais ou institucionais, condição para sua inserção no curso. Nesse sentido, o apoiador deve ser capaz de desencadear ações de contágio e de criar movimentos de propagação das mudanças que façam valer os princípios

da PNH: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A transversalidade diz respeito à ampliação da grupalidade que promove a desestabilização das fronteiras dos saberes e dos territórios de poder, colocando em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido. O princípio da indissociabilidade considera que não é possível separar processos de cuidado e modos de gestão do trabalho em saúde. Compreende também que não há oposição ou binarismos entre clínica e política, entre individual e coletivo ou entre produção de saúde e produção de sujeitos, pois o "humano" do ponto de vista da Política de Humanização se engendra a partir da experiência que constrói mundos e subjetividades.

O princípio do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e dos coletivos, aposta no sentido de que "[...] as mudanças na gestão e atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação de autonomia dos sujeitos envolvidos" (BRASIL, 2008, p. 24), que deste modo são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, compartilhando responsabilidades. Vejamos de que forma tais princípios se associam aos propósitos da Política de Saúde Mental vigente em nosso país.

Humanização do cuidado em saúde mental: aproximações ao campo da Reforma Psiquiátrica

Como processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura e como política pública do SUS, a Reforma Psiquiátrica tem alterado, significativamente, as relações da sociedade com a loucura e o sofrimento mental. Apesar dos avanços inquestionáveis, desafios importantes se fazem presentes à consolidação desse processo reformista em nosso país. Entre eles, está a efetivação de um cuidado produtor de autonomia e protagonismo, que coloque em análise permanente nossas práticas de gestão e de atenção. O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou no final da década de 1970, no contexto de redemocratização do Estado, e desenvolveu-se *pari passu* ao surgimento do movimento da Reforma Sanitária. Foi fortemente inspirado na experiência da Psiquiatria democrática italiana, cujas políticas de suporte social e garantias legais fizeram prosperar o processo de fechamento dos manicômios naquele país. Como todo processo reformista, no entanto, é importante frisar que, para além de mera reestruturação administrativa ou técnica, a Reforma Psiquiátrica requer profundas mudanças culturais, o que implica estabelecer um diálogo permanente com a sociedade, "[...] que possibilite a transformação do valor social desses sujeitos como ponto de partida para a construção de uma rede de relações e suporte" (AMARANTE; GULJOR, 2005, p. 71).

Amarante (2003) observa, no entanto, que muito frequentemente o conceito de Reforma Psiquiátrica é tomado de forma pragmática e reducionista

> É comum ainda ver-se considerá-la como humanização das características violentas e perversas da instituição asilar, o que constitui uma luta e uma transformação muito importantes, mas que certamente reduz a amplitude do processo em questão (AMARANTE, 2003, p. 46).

É no sentido-sintoma antes citado que destacamos o conceito da humanização, alinhando-o ao sentido-experiência que nos parece convergente aos princípios de uma política pública de saúde mental regida pelo direito à liberdade.

Como processo social complexo, a Reforma Psiquiátrica aciona um conjunto de estratégias, no campo da macro e da micropolítica, que se desdobra em várias dimensões: política, social e clínica. Bezerra Jr. (2007) considera que no enfrentamento dos "nós" críticos presentes em cada uma dessas três dimensões residem os principais desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na dimensão da clínica trata-se de questionar o agir terapêutico que supervaloriza uma relação com a doença, enquanto fato objetivo e natural, perdendo de vista o que deveria considerar como sua principal preocupação: o sujeito em sofrimento. O autor destaca a importância do comprometimento por parte da gestão de saúde mental, em todos os seus níveis, na indução de transformações nas práticas de assistência. Esse comprometimento passa por mecanismos de financiamento que garantam a ampliação e a sustentabilidade de uma rede de serviços, além de estratégias efetivas de educação permanente e crítica dos profissionais de saúde.

No campo da política, o psicanalista aponta para o desafio de inserir progressivamente, além da temática dos direitos humanos, iniciativas que façam avançar na discussão dos direitos civis e sociais dos portadores de transtornos mentais. No plano social, o principal desafio, segundo ele, é

> [...] produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida (BEZERRA JR., 2007, p. 247).

Assim, as estratégias adotadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica organizaram-se com base em dois eixos: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a expansão de uma nova proposta de cuidados em saúde mental. Com isso, pretende-se avançar no que

é mais complexo e fundamental para se levar a cabo um processo de reforma, que é a dimensão institucional. Recorremos ao conceito de desinstitucionalização na compreensão da complexa tarefa de cuidar em liberdade.

> A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas no entanto seguramente se cuida. Depois de ter descartado a "solução-cura" se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do "paciente" e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p. 33).

Desse modo, o processo de desinstitucionalização requer mudanças significativas nas relações da sociedade como um todo, com o portador de sofrimento mental e com a loucura. Mudanças que apontem na direção de ampliar as possibilidades de encontros com o diferente, que transversalizem os processos de comunicação entre os sujeitos e que produzam modos de subjetivação mais autônomos. Mudanças humanizadoras?

Existir é diferir

Dimenstein (2004), ao refletir sobre a qualidade e a humanização das ações específicas do campo da saúde mental, chama atenção para as armadilhas que muitas vezes nos levam a reproduzir, como trabalhadores da saúde, exatamente as relações que tanto nos esforçamos em alterar. Atentar para este fato significa fazer frente ao desinteresse e ao agir burocratizado que, além de imobilizar a capacidade criativa e de transformação dos trabalhadores, contribui para a naturalização de conceitos e de práticas que dão sustentação aos "manicômios mentais" (PELBART, 1991). Desse modo, compreende que a humanização

> [...] implica compromisso com a pluralidade de forças que compõem a vida. Volta-se para o enfraquecimento da lógica social hegemônica que visa à produção de sujeitos como identidades privatizadas, hedonistas, massificadas pelo consumo. Aponta, também, para o fortalecimento de uma ética comprometida com a invenção de novos modos de vida, com a desmontagem de uma sociabilidade ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolerância e a discriminação (DIMENSTEIN, 2004, p. 3).

Trata-se, portanto, de uma aposta ética em um modo de cuidado que convoca o protagonismo e a corresponsabilidade dos trabalhadores para os processos de expansão da vida, produção de novas utopias, de novos sujeitos e de novas práticas em saúde.

Em que medida podemos dizer que os dispositivos de cuidado substitutivos ao hospital psiquiátrico têm produzido práticas nessa direção? Yasui e Costa-Rosa (2008), ao analisarem as práticas de cuidado em saúde mental encontradas em diferentes Centro de Atenção Psicossosial (Caps), observam expressões da mesma lógica ambulatorial que garantem a manutenção do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico. Alertando para o que chamam "permanência micropolítica do hegemônico", os autores concordam com a correspondência aqui discutida das concepções ideológicas, teóricas e éticas existentes entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, mas chamam atenção para a urgência de redirecionamento da formação de novos trabalhadores de saúde mental voltados à superação do modelo tradicional ainda vigente. Traçando um paralelo entre dois modos básicos de cuidar em saúde mental, ainda coexistentes na ampla maioria dos serviços constituintes da rede de atenção em saúde mental brasileira – o modo asilar e o psicossocial –, os autores alertam:

> No campo psíquico há uma indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade. Levar em conta a radicalidade dessa proposição conduz a uma possível superação do modo de produção comum e a um 'drible' das diferentes formas do atravessamento capitalístico dessa produção (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 32).

Nessa perspectiva, caracterizam o modo psicossocial a partir do "reposicionamento subjetivo" do indivíduo adoecido, que assume importância central frente aos fatores que o fazem sofrer. As formas de tratamento daí decorrentes não se pautam pela remoção dos sintomas a qualquer custo e podem englobar psicoterapias, atividades coletivas e um amplo grupo de dispositivos de reinserção social, além da medicação. Pressupõe a horizontalização das relações de poder com criação de espaços de interlocução que enfatizem a participação da população nas esferas decisórias da instituição, em processos de autogestão, como assembleias de usuários, familiares e trabalhadores. A instituição e seus agentes devem apresentar-se como instância de "suposto-saber"; sustentar desde o primeiro encontro com a clientela, a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização (COSTA-ROSA, 2000, p. 162).

Seguindo compreensão equivalente, Alves e Guljor (2006) apresentam algumas premissas para a sustentação de práticas de cuidado coerentes com o modo psicossocial: a liberdade em negação ao isolamento; a integralidade do cuidado em negação à seleção; o enfrentamento do problema e do risco social, em contraposição ao diagnóstico; o conceito

de direito, sobre a noção de reparo; o respeito à singularidade; a incorporação do papel de agenciador, em negação ao ato reiterado de encaminhar.

Mais que regras a serem incontestavelmente seguidas, tais premissas pressupõem uma disponibilidade dos serviços e das equipes para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, constituindo-se como mediadores das relações deste sujeito com o mundo. Constata-se, assim, a radicalidade do projeto da Reforma Psiquiátrica, ao convocar mudança paradigmática nas práticas de cuidado em saúde mental e propor conjunto de transformações que superam a mera alteração de um modelo assistencial.

Nesta perspectiva é que se vislumbrou, no percurso cartográfico da pesquisa que orienta este artigo, a possibilidade de construção de uma ponte entre estas duas políticas do SUS. Guardadas suas especificidades, ambas promovem formas de passagem da condição de assujeitamento dos agentes que as compõem para uma posição de coprodução que a todos "enreda" – convocando à composição de redes de cuidado. Assim, em uma ação de contágio, testemunhamos esta passagem: humanização e saúde mental – experimentações de novos modos de produção do cuidado. Como referido por um dos idealizadores do projeto de formação aqui analisado "[...] no lugar de propor a mudança, propagá-la; no lugar de decretá-la, dar condições para ampliação do que é só germe potencial. Neste sentido, o caráter intensivista do apoio da PNH decorre da ação de contágio" (PASSOS, 2007).

O cuidado que a Reforma Psiquiátrica demanda, nesse sentido, encontra similaridade e conexão com a proposta apresentada pela Política Nacional de Humanização, à medida que aposta na radicalidade da experiência de alteridade e se traduz numa concepção de cuidado, que é ético-estético-político. A concepção de cuidado humanizado, aqui sustentado, implica, portanto, uma dimensão ética porque privilegia os movimentos do desejo; estética na relação com a capacidade inventiva que quer evocar; e política, pois afinal, só se pode falar em cuidado humanizado se o compreendemos como um cuidado em liberdade.

Preparando os pilares da ponte: para novos desafios, novas autorias

A leitura dos 11 trabalhos que foram acompanhados ao longo do percurso de formação das trabalhadoras da saúde mental do curso de especialização em humanização da atenção e gestão do SUS, aqui enfocado, buscou estabelecer um diálogo que evidenciasse o saber-experiência em jogo nas intervenções que dele emanaram. A utilização da estratégia cartográfica pareceu-nos a mais adequada para produzir uma investigação que não ficasse no extremismo das teorizações sobre o objeto, nem no puro empirismo da experiência. Também contribuiu com esta escolha metodológica, a convergência de algumas das características do método cartográfico com o método da tríplice inclusão (de todos os atores sociais, dos coletivos e movimentos sociais e dos conflitos/analisadores) utilizado

nas intervenções da PNH. Entre tais características podemos destacar: processualidade; não linearidade; multiplicidade de dispositivos; valorização dos sujeitos no processo e não hierarquização rígida.

A importância de coletivizar uma experiência que, via de regra, aparece aos sujeitos que a realizam como fruto de um desempenho individual nos levou a outra escolha metodológica que assume especial relevância no âmbito deste processo investigativo. As alunas/apoiadoras convocadas a protagonizarem não apenas seus processos de trabalho nas unidades de saúde mental em que atuam, como também o processo de formação em que se inscreveram, foram também consideradas autoras dos relatos que subsidiaram a presente pesquisa.

Mais que um gesto simbólico, a decisão de nomeá-las entre os autores que compuseram a bibliografia da dissertação de mestrado em questão, teve o sentido de realçar que ao produzirem uma narrativa de uma intervenção que se traduz em monografia acadêmica, socializa-se a experiência narrada, disponibiliza-se material de pesquisa para outros trabalhadores e produz-se, com isso, mais que novos conhecimentos para consumo/certificação próprios: produzem-se aí, subjetividades-autoras, novos trabalhadores, quem sabe, escritores.

O critério de escolha utilizado para a seleção dos trabalhos foi sua inscrição no campo da saúde mental. Uma primeira leitura dos trabalhos procurou identificar os seguintes aspectos: cenário da experiência; agentes envolvidos; demandas; dispositivos/estratégias de cuidado e resultados após a intervenção. Cada intervenção desencadeada mobilizou uma variedade de experiências que propagaram reflexões e discussões produzidas durante o curso, e construíram um terreno "possível" para as aprendizagens que se viabilizaram. Entre elas, algumas em especial emergiram como categorias de análise indicativas de um cuidado humanizado em saúde mental, na concepção desenvolvida até aqui: grupalidade, protagonismo e transversalidade.

Das muitas passagens aos próximos mergulhos

Relato veiculado no Boletim Interno nº 17 da PNH, de 17 de julho de 2007:

> O Rio e o Oceano - "Diz-se que, antes de um rio cair no oceano, ele treme de medo. Olha para trás para o longo caminho, que percorreu, e vê a sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas o rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. Você pode apenas ir em frente. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E só quando ele entra no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o

> rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas tornar-se oceano. Por um lado, é desaparecimento, e, por outro, renascimento." Essa mensagem traduz o meu momento... já estou com saudade dos "encontros e reencontros" do nosso feriado! Grande abraço (Cláudia, Pejuçara) (BOLETIM ..., 2007,)

Assim, apoiadora e pesquisadora utilizam diferentes metáforas para falar de um mesmo sentimento. O rio e o oceano, a ponte ou o viaduto como "lugares decisivos do arrebato, do ir em frente ou retornar. Ali acontece a consolidação do presente, do encontro" (FUÃO, 2001, p. 24). Ao se deixarem arrebatar pelo convite de uma política de humanização, trabalhadores de diferentes formações e inserções puderam se reencontrar como trabalhadores, sujeitos criativos e capazes de romper com a imagem de servidor público que tem sido construída socialmente, entre outros aspectos, pela ideia de não comprometimento com as atribuições de seu cargo. Surge, com isso, a possibilidade de empreender o que Campos (2007) chamou de "neo artesanato do trabalho em saúde", que corresponde a não permanecer imobilizado nas queixas e nas dificuldades, mas tomá-las como dispositivos capazes de repensar a clínica, não considerando o outro como objeto e não se tornando um tecnocrata. Nessa situação, o cuidado de si, tal como proposto por Foucault (2006), na reflexão do trabalhador sobre sua prática, repercute também no reconhecimento do usuário como legítimo outro, portador de direitos, condições e saberes, que o lançam ao lugar de protagonista na construção do cuidado que almeja.

"Cada um por si e Deus por todos" é um imperativo atual que produz o fortalecimento das individualidades e o enfraquecimento dos vínculos e da possibilidade de sustentação de espaços de vida mais coletivos. Nesse sentido, compreender as práticas de grupalização como campo onde está colocado o desafio da transversalidade e da composição das redes é considerar que elas, ao inventarem certo território comum, podem agenciar novos modos de subjetivação, produzir encontros produtivos com a diferença e a existências irredutíveis à linearidade.

Por esse motivo, a noção de grupalidade é uma das mais relevantes para a Política de Humanização. Não se reduz a um conjunto de indivíduos e tampouco pode ser entendida como unidade imutável. Corresponde a um coletivo ou a uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em permanente agenciamento e transformação e que compõem uma rede de conexões na qual se realiza o processo de produção de saúde e de subjetividade (BRASIL, 2008). A condição de estar em grupo consiste em uma experiência que permite entrar em contato com as multiplicidades que procuram alterar os processos hegemônicos de subjetivação. Esta é a função dispositivo do grupo,

> Máquina de decomposição de verdades, de concepções tomadas como naturais e universais, o grupo pode acionar confrontos entre expressões do modo-indivíduo vigente. Ao tomar os enunciados como remetendo não a sujeito individuais, mas a coletivos, ao percorrer os caminhos maquínicos do desejo que não se esgotam nas vivências individualizadas, o grupo dispara desconstruções dos territórios enclausurantes da subjetividade (BARROS, 2007, p. 325).

A intervenção desencadeada em Taquari, por exemplo, possibilitou uma vivência de grupalidade capaz de "[...] construir abertura para a escuta do "território-saúde" e problematizá-lo, potencializando a fala de cada um para que produzisse efeitos significativos nos outros, com produção de novas subjetividades mais criativas e espontâneas" (FREITAS, 2008, p. 43).

A inclusão dos diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) encontra, nas rodas de conversa, um modo peculiar de acontecer. Herdeiras do "Método Paideia" ou "Método da Roda" desenvolvido por Campos (2000), inúmeras e diversas rodas de conversa foram realizadas nas intervenções desencadeadas. Um dos principais desafios do método da roda é pensar a gestão de coletivos não apenas como espaço democrático nas instituições, mas também como um espaço pedagógico, terapêutico e de produção de subjetividade. Independente da forma adotada, o método da roda corresponde a espaços concretos de lugar e tempo, destinados à escuta e à circulação de informações, bem como, à elaboração e tomada de decisões onde se possa "[...] analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como Sujeito" (CAMPOS, 2000, p. 148).

Algumas experiências ilustram o modo como as rodas de conversa operaram mudanças nos cenários da saúde no Estado. A formação de colegiado gestor, com a participação de representantes das equipes de saúde em Pejuçara e as reuniões semanais e/ou quinzenais com o gestor municipal para compartilhamento e instrumentalização sobre a Política de Saúde Mental, a PNH e o acolhimento em Alegrete demonstram que, ao se infiltrarem no cotidiano dos serviços, as rodas de conversa propiciaram o fortalecimento mútuo, as trocas entre os diferentes saberes, a avaliação e a adequação da atenção prestada aos usuários e a construção coletiva e criativa de alternativas aos problemas com os quais os trabalhadores se deparavam.

O estar em grupo auxiliou no enfrentamento das dificuldades cotidianas do trabalho também em outras cidades participantes do curso-intervenção. Na experiência de Viamão, durante os encontros preparatórios com trabalhadores interessados em constituir o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) na saúde mental do município, surgiu a oportunidade de conversarem sobre diversos assuntos. Entre eles, como lidar com as resistências frente à

proposta da Reforma Psiquiátrica, a frustração de alguns trabalhadores ao constatarem a reprodução de antigos métodos de cuidado, disfarçados sob o nome de novas tecnologias e os desafios de garantir atendimento em rede. À medida que se traziam as dificuldades de cada serviço, o próprio grupo, discutia possibilidades de superação. A expressão de um dos participantes de que "se via uma luz no fim do túnel", na percepção da apoiadora, demonstra a expectativa de que nem tudo estava perdido. Esta intervenção revela que o estar em grupo "[...] despertou o desejo nos trabalhadores de pensar sobre o seu fazer, realizar mudanças e construir um SUS melhor" (MELO, 2008, p. 26).

Percebe-se que se as práticas de grupalização, ao inventarem um certo território comum, ao compartilharem produções no plano do coletivo podem ser pensadas como dispositivos promotores de um cuidado humanizado. Ao agenciar novos modos de subjetivação produzem, na experiência da diferença, existências irredutíveis à linearidade.

Um segundo indicativo da humanização do cuidado em saúde mental que emergiu das intervenções se centra na ideia de protagonismo dos sujeitos e coletivos e que se vincula diretamente ao princípio da inseparabilidade entre a atenção e a gestão da PNH, pois nos processos de produção de saúde: "As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar" (BRASIL, 2008, p. 24). Ampliar o grau de autonomia, de protagonismo dos trabalhadores e de abertura aos processos de criação, sem incorrer na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer, é o que segundo Santos Filho e Barros (2007) possibilitam aos trabalhadores da saúde transitarem da dor ao prazer no trabalho.

No município de Santa Maria, o protagonismo dos usuários foi radicalmente posto à prova durante a Semana Acadêmica do curso de Psicologia da UFSM. Ao palestrar de improviso na mesa-redonda sobre Reforma Psiquiátrica, um membro da Associação de Familiares e Amigos dos Bipolares (Afab) foi questionado por um estudante de Psicologia a respeito do número de internações a que já havia se submetido. Sua resposta: "Olha, internação psiquiátrica eu tive 6, mas diploma de participar de eventos como este, eu já tenho 14!" Este episódio, nas palavras da apoiadora "[...] ilustra o protagonismo de um sujeito autônomo, que hoje em dia é co-responsável por sua saúde, sua vida e sua felicidade" (NOAL, 2008, p. 50).

Uma das intervenções realizadas no município de Alegrete deixa claro que a ativação da função gestora no processo de trabalho, quando tomada de modo responsável e consistente, constitui-se em uma importante estratégia para o exercício do protagonismo das equipes de trabalho. Assim, ao agenciar a contratação de Acompanhantes Terapêuticos (ATs) para o acompanhamento dos usuários de saúde mental internados na Santa Casa, o Sistema de

Atenção Integral em Saúde Mental (Sais Mental) assumiu de modo contundente, seu papel de gestor da saúde mental do município e garantiu a qualificação do cuidado em saúde.

O conceito-princípio da transversalidade também se destacou nas intervenções analisadas e

> [...] diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e subjetividade (BRASIL, 2008, p. 68).

As diferentes rodas de conversa entre trabalhadores e usuários, nas instâncias de participação/controle social, nos grupos de trabalho em humanização ou reuniões de equipe, tornaram a experiência do "estar em grupo", um terreno fértil para a lateralização do processo de comunicação e a transversalização das relações. A intervenção experimentada pelo Caps de Santana do Livramento evidenciou a possibilidade de constituição de novos processos comunicativos operarem mudanças no modo de funcionamento da própria equipe de saúde mental. Por meio da elaboração dos planos terapêuticos dos usuários do serviço, a composição dos diferentes saberes deu-se na negociação coletiva durante as reuniões de equipe. Além disso, acionaram rodas de conversa entre instituições para além da rede de saúde, Ministério Público, grupos de autoajuda, ONGs e conselhos de direitos, reforçando a importância dos espaços de cogestão do cuidado em saúde mental.

A integralidade e o aumento de comunicação entre diferentes grupos foi a tônica da intervenção em Santa Cruz do Sul. Nas ações desenvolvidas entre a equipe de referência do Caps e a Equipe Saúde da Família (ESF), ambas fortaleceram-se ao desenvolverem estratégias de aprendizado compartilhadas. A realização de atendimentos conjuntos entre as equipes, a feira de saúde promovida pela ESF que convidou o Caps para apresentar seu projeto de construção de redes e a solicitação da ESF de um maior número de capacitações, encontros e instrumentalizações em saúde mental, são reveladores da potência dos encontros, das diferenças e das ações construídas coletivamente.

Na intervenção do município de Bozano, a parceria com a Secretaria de Educação fomentou a grupalidade e estimulou a interdisciplinaridade. A transversalização do cuidado, neste caso, deu-se por meio do engajamento da secretaria da Educação no projeto de humanização da saúde. Revelando a ampliação do próprio conceito de saúde,

para além da ideia de ausência de doença, foi possível uma articulação intersetorial na perspectiva da promoção da saúde.

A pequena cidade de Pejuçara acionou uma grande rede de proteção às pessoas com problemas de abuso no uso de bebidas alcoólicas. A "Rede de Compromisso com a Vida", proposta como estratégia do Plano de Intervenção, envolveu diversos segmentos da cidade: Brigada Militar, Polícia Civil, hospital, gestor de saúde, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, equipe de saúde, Emater, Câmara de Vereadores e proprietários de estabelecimentos comerciais que firmaram compromisso com a cogestão do cuidado em saúde.

A formação do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) na rede de saúde mental do município de Viamão inaugurou um importante e necessário espaço de diálogo entre as equipes. O encontro e a reflexão oportunizados nas reuniões do GTH desenvolveram redes de afeto e solidariedade no enfrentamento das dificuldades cotidianas de trabalho, constituindo-se em estratégias de resistência e de criação de um cuidado mais humanizado com a saúde dos trabalhadores da saúde.

Considerações finais

Cartografar as experiências de intervenção da Política Nacional de Humanização, no âmbito das diferentes realidades de saúde mental do Estado do RS, lançou-nos ao desafio de construir pontes. Construir possibilidades de cuidado exige a tolerância com as nossas próprias dificuldades e a radicalização da experiência de alteridade, reconhecer o eu no outro e o que dele habita em mim. A humanização do cuidado em saúde mental implica a lateralização dos compromissos, a costura coletiva e a responsabilização com a formação de vínculos que estimulem a autonomia, em contrapondo às relações de dependência tão naturalizadas nas sociedades hierárquicas em que vivemos. A humanização do cuidado em saúde mental implica, por isso, liberdade! Cuidar em liberdade é diminuir o abismo da hierarquia nas relações, que se evidenciam com a frieza do olhar, com a invisibilidade atribuída ao outro; é reconhecer o outro como legítimo outro. Somente assim é possível a produção do encontro e do cuidado.

Identificamos algumas pontes ao longo deste percurso. Uma primeira ponte viabilizou o diálogo entre os princípios do SUS, as estratégias da Política Nacional de Humanização e a Reforma Psiquiátrica. Ao reconhecer os impasses que estes 25 anos de SUS ainda apresentam, a PNH os considera como ponto de partida para a oferta concreta de dispositivos de enfrentamento. Assim, trabalha em uma perspectiva metodológica, que enfatiza o "como fazer", por intermédio de dispositivos que buscam "fazer acontecer" suas diretrizes e qualificar a atenção e a gestão dos processos de cuidado em saúde.

Um dos sustentáculos desta "ponte" se encontra na percepção de que, se dominação e poder são elementos constitutivos das relações sociais, as relações de poder que constituem o cotidiano da Rede de Atenção Psicossocial são sempre, em menor ou maior grau, disputas de sentido que supõem a existência de sujeitos livres. Assim, a concepção de cuidado humanizado decorrente deste estudo se inscreve numa perspectiva ético-estética-política e compreende que somente se pode falar em cuidado humanizado se falarmos de cuidado em liberdade. Ao lançar mão de noções-chave, como grupalidade, protagonismo e transversalidade, a PNH estabelece pontes diretas e profícuas com os princípios mais caros à Reforma Psiquiátrica e que correspondem ao respeito às diferenças, ao protagonismo dos usuários, ao cuidado em rede e, portanto, novamente, a um cuidado livre das amarras institucionais, pelo menos, do manicômio.

O abismo tradicionalmente instaurado entre a academia e os serviços de saúde demanda a construção de uma segunda ponte também arquitetada neste percurso de pesquisa. A proposta do curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, em sua modalidade de curso-intervenção, aponta para uma perspectiva pedagógica, em que os aportes da PNH possam subsidiar ações concretas nas unidades de trabalho de cada aluno/apoiador. Esta estratégia se mostrou fundamental no estabelecimento de um elo entre o processo de formação acadêmico e as necessidades dos serviços de saúde e, de modo mais incisivo, às necessidades de saúde da própria comunidade.

Inúmeras são as conexões entre a Política Nacional de Humanização e a Reforma Psiquiátrica. Diversos pontos de contato, afinidades e relações. É recomendável, no entanto, um esforço responsável e um caminhar cuidadoso para a viabilização da travessia, no caminho do fortalecimento das políticas públicas de saúde e na humanização do cuidado em saúde mental. Cabe a cada um e a todos nós, usuários, trabalhadores e gestores, não somente construir essas pontes, mas, principalmente, sustentá-las.

Referências

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2006.

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: ______ (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2003.

______; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2005.

BARROS, R. B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina; Ed. UFRGS, 2007.

______; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Há pedras no meio do caminho do SUS! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 298-298, 2007.

______. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos e Escritos V**: ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 265-287.

FREITAS, R. **Ser agente de saúde**: a potência do encontro. 2008. 47 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FUÃO, F. F. **Canyons**: Avenida Borges de Medeiros e o Itaimbezinho. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: formação de Intervenção, 2010. p 13-28. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

MARTINS, S. B. **Clínica ampliada, uma aposta na coletividade**: construindo redes na cidade de Bozano, RS. 2008. 43 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MATTHES, C. **Pejuçara, RS**: espaço de in(ter)venção: cartografando a co-gestão. 2008. 52 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MELO, E. **Trabalhando com a PNH no município de Viamão**. 2008. 41 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento, e não um ato. In: FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS, 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2006. p. 69-78.

MORAES, L. M. **O acolhimento na política de saúde mental em Alegrete**. 2008. 33 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MOURA, J. F. **Grupo de trabalho em humanização**: tecendo redes e desconstruindo velhos paradigmas de atenção ao sofrimento psíquico. 2008. 49 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NOAL, M. H. **A clínica ampliada e suas interlocuções com alunos, familiares e usuários do SUS**. 2008. 74 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PASCHE, D. Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde. In: SEMINÁRIO A HUMANIZAÇÃO DO SUS EM DEBATE, 2008, Vitória/ES. **Anais...** Vitória: [s.n], 2008.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.

PASSOS, E. **Curso de formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH)**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Aula ministrada no curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS no Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 10 agosto de 2007.

PAULON, S. M; CARNEIRO, M. L. F. A Educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 13, supl. 1, p. 747-756, 2009.

PAVAN, C. et al. Documento orientador da Política de Formação da PNH. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: formação de intervenção. 2010. p. 73-94. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Coord.). **Saúde Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1991. v. 2. p. 131–138.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 1990.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SILVA, G. **Revisitando e tecendo a rede de saúde mental na atenção básica**. 2008. 33 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

STRACKE, E. **Humaniza Pampa**: a caminhada da construção. 2008. 85 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

TRAMONTINI, D. A. **A história do percurso da política nacional de humanização na cidade de Carazinho**: o contágio da aluna apoiadora institucional. 2008. 45 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

VAZ, M. P. **A Humanização na rede de saúde mental em Santana do Livramento.** 2008. 49 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78, p. 27-37 jan./dez. 2008.

O Corpo como Fio Condutor para Ampliação da Clínica[1]

Dagoberto Oliveira Machado[2]

Michele de Freitas FariaVasconcelos[3]

Aldo Rezende de Melo[4]

[1] Este texto foi baseado em nossas pesquisas de mestrado e doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação/UFRGS, financiadas pelo CNPq e pela Capes. Compôs o número temático sobre *Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização* da Revista Pólis e Psique, Porto Alegre, v. 2 n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115>.

[2] Graduação em Educação Física (Faced/UFRGS), mestrado em Educação (PPGEDU/UFRGS), consultor da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde.

[3] Graduação em Psicologia (UFS), mestrado em Saúde Coletiva (Instituto de Saúde Coletiva/UFBA), doutorado em Educação (PPGEDU/UFRGS), consultora da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde.

[4] Graduação em Psicologia (UFS), mestrando em Psicologia Social (UFS), apoiador institucional da Diretoria Operacional da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe (FHS) e coordenador do Comitê de Humanização da FHS.

Resumo

O texto tem como objetivo ampliar a diretriz da clínica ampliada nos termos definidos pela Política Nacional de Humanização. Em uma tentativa de arejamento e atualização de tal diretriz, toma o corpo como um operador da ampliação da clínica. Para tanto, partiu-se de itinerários foucaultianos e nietzscheanos, de experimentações desenvolvidas a partir de nossas inserções na rede de saúde mental do município de Aracaju/Sergipe, bem como dos dados produzidos por nossas pesquisas de mestrado e doutorado. Entendendo corpo como uma montagem, como uma feitura realizada em um espaço de tensão entre formas de sujeição e forças de experimentação, pensou-se a própria clínica como um corpo. Clínica-corpo que se traceja por entre desejos de formatação, mas também uma clínica que (re)existe, mais afeita à abertura dos corpos, inclusive o seu próprio.

Palavras-chave:

Corpo. Clínica. Clínica ampliada. Saúde mental. Reforma psiquiátrica/Caps.

Os fios que tecem essa escrita foram alinhavados por meio de nossas itinerâncias na rede de saúde mental de Aracaju/Sergipe como trabalhador(a), gestor(a), pesquisador(a). Desse percurso, pinçamos aqui experimentações de modos de fazer clínica, na direção de empreender discussões sobre o caso da clínica em saúde mental.

Seguindo uma pista nietzschiana (NIETZSCHE, 2008), optamos aqui por tomar o corpo como fio condutor de análises sobre a clínica. A proposta do presente texto traduz-se, assim, por pensar o corpo como um operador para ampliação da clínica. Entendendo corpo como uma montagem, como uma feitura realizada, como aponta Paraíso (2011), em um espaço de tensão entre formas de sujeição e forças de experimentação, pode-se pensar a própria clínica como um corpo. Clínica-corpo que se traceja por entre desejos de formatação, mas também uma clínica que (re)existe, mais afeita à abertura dos corpos, inclusive o seu próprio.

A tentativa foi a de rastrear em nossas andanças pela saúde mental esses momentos singulares de dispersão da clínica, seguir movimentos de uma clínica artesanal, ensaística, ainda que ampliada, minimalista, circunstancial, não generalizável. Está-se apostando, pois, na clínica como espaço de experimentação.

Para nós, a diretriz da Clínica Ampliada proposta pela Política Nacional da Humanização (BRASIL, 2008) parece apresentar indicativos de necessidade de atualização. Como caminhos de ampliação, tal diretriz aponta para: 1) visar à saúde, e não à doença, como objeto de investimento, "considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto" (BRASIL, 2008, p. 55); 2) produzir saúde, aumentando autonomia dos sujeitos; 3) fazer avaliação diagnóstica a partir do saber técnico e epidemiológico, mas também da história do sujeito e seus saberes; 4) definir a terapêutica, considerando a complexidade das demandas de saúde.

Partindo dessas propostas e percorrendo novos caminhos, vislumbramos como crucial para o processo de ampliação da clínica o deslocamento de territórios existenciais por meio de encontros entre corpos que acontecem no terreno da clínica como campo de experimentação. Ora, ampliamos a clínica por necessidades de (trans)formação do corpo, inclusive do-corpo da clínica, por necessidade de desfazer o já dado sobre uma clínica predominantemente verbal e colada a um corpo entre o biológico e a linguagem, para nos remeter a um corpo-larvário, inominável, ilocalizável, impossível, não dado, ao poroso vazio do não saber sobre o que é um corpo e sobre suas infindáveis formas de feitura. Mesmo assim, almejamos segui-lo, rastreá-lo, pois o importante é tentar mesmo o impossível (AMADO, 2008). Ressalte-se aqui uma passagem de Foucault sobre corpo

> [...] sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito" (FOUCAULT, 2001a, p. 20):

Para Foucault (2001a), o corpo é inteiramente marcado e arruinado pela história, uma história entendida como "o próprio corpo do devir" (FOUCAULT, 2001a, p. 20), composta mais por rupturas, descontinuidades, do que por uma pretensa linearidade. Nesse sentido, o mesmo corpo marcado pela história de um tempo, superfície desenhada por inscrições socioculturais (de raça-cor-etnia, de gênero e de sexualidade, de classe social, de religião, de geração etc.), é também um corpo que tende a (re)existir: "superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto a linguagem os marca e as ideias os dissolvem), lugar de dissociação do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial) volume em perpétua pulverização" (FOUCAULT, 2001a, p. 22).

Nessa direção de pensar arranjos corporais que resistem a formatações inclusive clínicas é que nos parece que buscar por essas feituras pode ser uma pista importante quando o que se intenta é ampliar a clínica, pois uma ampliação "que não se limite à criação de um novo clichê – referendo de velhos especialismos – parece mesmo requerer esforços teóricos, éticos e políticos que extrapolam em muito meras respostas às ampliações das demandas para o trabalho clínico que o contemporâneo também impõe" (PAULON, 2004, p. 264).

Nesses tempos de "subjetividade exteriorizada" (ORTEGA, 2008), em que saúde tende a se traduzir em corrida pela perfeição corporal, em que a apresentação corporal parece dizer o que são as pessoas, quando se pensa a ampliação da clínica por meio do operador corpo, é preciso, pois, questionar as encomendas institucionais acerca da clínica e do corpo nos processos de trabalho em saúde. Por meio das práticas de saúde, que feituras corporais têm sido fabricadas?

Nesses tempos em que os sujeitos e seus corpos, para participar da economia social de mercado, devem se construir como empreendedores de si, as práticas clínicas tendem a traduzir-se em práticas especialistas no empreendimento de formatação corporal e subjetiva. Nesse sentido, pode-se dizer que práticas clínicas tendem a funcionar no seio de um exercício de poder que, tendo a vida como objeto, pretende iluminar excessivamente as carnes (FOUCAULT, 2006), produzindo corpos organizados, organizando inclusive corpos tidos como anormais, pois estes também devem estar na norma (VEIGA-NETO, 2001). Articulando-se à lógica da necessária intervenção sobre corpos abjetos (LOURO, 2004) – corpos que, ao mesmo tempo, indicam o limite que os corpos saudáveis não devem ultrapassar e precisam ser corrigidos, normalizados – a clínica, por sua vez, em

muito ainda parece funcionar nesse sentido de clareamento e de cerceamento dos corpos e seus movimentos.

Desse modo, pode-se questionar: se é no interior de uma rede de práticas que se engendra um rosto específico para o objeto corpo saudável, as práticas clínicas podem escapar da encomenda de produzir/sustentar tal rosto? Podem-se maquinar outros processos de trabalho, outros corpos, outras saúdes, outras clínicas? Se sim, de que modo?

A partir de nossas experimentações, inclusive conceituais, apostamos que o corpo pode ser um operador importante na direção de construção de linhas de fuga para o que está naturalizado no terreno do cuidado em saúde. Desse modo, uma pergunta aparece forçando um pensamento intempestivo capaz de produzir estranhamento: como dar corpo a outras práticas clínicas? Espreitando insistentemente o cotidiano de serviços de saúde mental, deparamos-nos com movimentos de (re)existência da clínica: uma clínica das passagens corporais, tecida bem ali onde territórios existenciais se compõem dobrando as esquinas desse exercício de poder intitulado por Foucault (2001b) de biopoder.

Corpo intercessor

Conforme já registrado, o objetivo desta montagem textual é operar com o conceito de corpo como intercessor (DELEUZE, 1992), ou seja, por meio dele interceptar, derivar, desviar, correlacionar, intervir no modo de pensar e de fazer clínica. Nesse sentido, ele, enquanto intercessor de nossas práticas clínicas, é o fio condutor de nossas análises sobre a ampliação da clínica.

Neste texto, entende-se corpo como construto político-cultural e o fazer em saúde como instância pedagógica por meio da qual se tende a imprimir nele marcas sociais, identificando-o e fixando-o. Nesse sentido, Meyer (2009, p. 128) afirma que o corpo é produzido em redes de significação, na articulação entre nossas "heranças genéticas" e "aquilo que aprendemos quando nos tornamos sujeitos de uma cultura". Louro (2004, p. 89), por sua vez, assinala que: "nomeados e classificados no interior de uma cultura, os corpos se fazem históricos e situados. Os corpos são 'datados', ganham um valor que é sempre transitório e circunstancial". Inseridos em um contexto histórico-político-cultural específico, os corpos são, então, fabricados por variadas marcações: de gênero, de sexualidade, de classe social, de raça/cor, de religião, de faixa etária, de geração, de região etc. Corpos são montados e organizados por tais "marcas de poder", a partir das quais, "podem valer mais ou menos" (LOURO, 2004, p. 89).

A direção é, então, a de problematização e de desnaturalização da concepção de corpo como dado, evidência, como objeto natural, como substância, à ideia de um corpo essencial, único e imutável, que pudesse condensar traços de tantos outros e, a partir dele, se pudesse

almejar uma pretensa universalidade. Não existe o objeto natural corpo, não existe "o" corpo. "O corpo é uma falsa evidência" (LE BRETON, 2007, p. 26).

Todavia, além de construto político-cultural, corpos são construções político-éticas. Mais que afeitos à submissão a determinadas pedagogias culturais e à toxicomania identitária que lhes organizam, lhes marcam, lhes ensinam "boas" condutas e avaliam seu valor, os corpos tendem à singularização. Situando-se em fendas do jogo do poder, abandonam a adesão obediente às fôrmas subjetivas prescritas por tais pedagogias, recusam o que são e ensaiam a invenção de outros modos de existir (GUATTARI; ROLNIK, 2000).

Corpos e práticas que brotam da repetição

Em substituição ao modelo asilar de tratamento, a Política Nacional de Saúde Mental/SUS preconiza que as pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes bem como pessoas com sofrimentos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas devem ser cuidadas em serviços substitutivos de saúde mental. Tais serviços prestam uma assistência de base comunitária inseridos nos territórios geográficos em que os(as) usuários(as) residem. Desse modo, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), responsáveis por tecer a rede de cuidado em saúde mental, passam a funcionar como ordenadores desta rede (BRASIL, 2002).

Inseridos nos Caps, usuários(as) egressos(as) de longos períodos de internação psiquiátrica costumam apresentar-se *cronificados(as)*. O modo de andar, de sentar e de deitar no chão, a repetição dos gestos, das falas, o ato de tirar a roupa, de caminhar descalço, o fumar compulsivo, o olhar fixo no horizonte parecem compor sinais corporais aprendidos por meio de uma pedagogia silenciosa, reiterada, desenvolvida em longos processos de internação em clínicas e hospitais psiquiátricos. Tais gestos costumam acompanhar o corpo de usuários(as) advindos(as) de longos períodos de internação nesses espaços, conformando uma produção *cronificada* do processo de adoecimento.

A intervenção nesta configuração corporal se desenha como um dos grandes desafios do processo de trabalho dos serviços substitutivos de saúde mental. Os usuários *cronificados* costumam apresentar dificuldade de adesão e de permanência nas ofertas de cuidado realizadas pelo serviço. Os usuários moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)[5], em sua maioria, correspondem a esse perfil.

Com os Caps, os muros físicos dos hospitais caíram. Porém, outros muros, quiçá corporais, foram inscritos nas carnes destes(as) usuários(as) e nas de profissionais de saúde, de tal forma que continuam a instalar dificuldades de encontro e de afetação entre corpos.

[5] Os residenciais terapêuticos são serviços previstos pela Política Nacional de Saúde Mental/SUS, destinados para moradia de usuários egressos de longos anos de internação em hospitais psiquiátricos. O objetivo é o de reintroduzi-los no convívio social, tecendo um processo de cuidado articulado às equipes de atenção básica e à equipe do Caps de referência para localidade de suas casas (BRASIL, 2004).

Sob o rótulo de *embotamento afetivo*, muitos(as) acreditam não haver meio de composição com estes corpos *cronificados*. Entretanto, experimentando aquela modalidade de atenção cartográfica indicada por Kastrup (2007), ao seguir suas pegadas, tateando suas peles, a força de expressão desses corpos, sua afetividade e seus gestos parecem ser outra: expressão por intensidades. Ao traçarem suas linhas, fluxos que, aparentemente, são apenas repetição, "nunca passam pelo mesmo lugar", produzem diferença em cada gesto (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

"Pá, pá, pá, pá, pá, pá, pá". Usuário, negro, homem, egresso de um longo caminho de internações psiquiátricas, morador de uma residência terapêutica, segue caminhando sem parar pelo Caps. Repetindo sempre as mesmas sílabas, risca as paredes fazendo signos sem sentido. Gestos e língua que conservam a força de uma repetição, mas que, a cada movimento, produzem diferenciação. No álbum intitulado *Em Nome*, Arnaldo Antunes (1993) canta esse *Agora*: "Já, já, Já, Já pá, já pá, pás, já pás, pás, passou, já passou, já, passou, já passou, já pá, Pá, pá, pá, sou, já, pá, sou, sou, s, sou, sou, já, já passou, pá, já passou" (ANTUNES, 1993). Em um processo de repetição-diferenciação, esse corpo-usuário gagueja sua língua e seu corpo, já passou. Como conservar forças se não por uma repetição que, ao invés de reproduzir, parece introduzir a diferença?

Quando se referem a esses(as) usuários(as) *cronificados(as)*, profissionais costumam relatar: "ele não gosta de fazer nada", "não tem vontade de nada", "fica aí parado, ou fica aí andando pra lá e pra cá", "fica repetindo sempre a mesma coisa". O que pode indicar essa vontade de nada? Esse *ficar parado*? Esse *vai e vem* no caminhar de muitos(as) usuários(as)? Essa vontade de nada que os(as) trabalhadores(as) sinalizam indicaria um entorpecimento do corpo? Com que função? Um niilismo destrutivo ou um movimento de sobrevivência como resistência do próprio corpo?

Para Nietzsche, uma vontade de nada ainda é melhor do que um nada de vontade, posto que ainda há a vontade (GIACOIA JR., 2001). O que esta força da repetição corporal conserva e introduz de novo na cena instituída do corpo-louco-cronificado? Como bifurcar bem ali onde parece não se ter mais nada a fazer?

Ensaiando situar nossas análises-intervenções para além de prescrições corporais como também além da desistência de investimento para encontrar com corpos que operam práticas de si, de mundo, de coletivos, abrem-se possibilidades outras de entendimento da cronicidade de gestos de alguns(umas) usuários(as). Nessa direção, os movimentos repetitivos dos(as) usuários(as) *cronificados(as)*, que parecem não dizer nada mais que apenas o resultado de um processo de institucionalização, podem ser considerado como possuindo uma função, como ato técnico do corpo. Se "o corpo é o primeiro e mais natural objeto técnico e ao mesmo tempo o meio técnico é homem" (MAUSS, 1974, p. 217), se

o "corpo é marcado e arruinado pela história", mas também é "superfície de inscrição dos acontecimentos" (FOUCAULT, 2001a), podem-se entender os movimentos corporais repetitivos dos(as) usuários(as) como compondo um processo de subjetivação, uma "dobra" que se apresenta no corpo na forma de técnicas corporais. Parece que a potência desses corpos está no ato de produzir uma *dobra da dobra*, fazendo, assim, acontecer nessa repetição outros corpos, outras práticas, outros movimentos.

Quando as forças do fora forçam a desterritorialização, pode-se *maquinar*, por entre linhas de fuga, um Corpo sem Órgãos (CsO). Seria o corpo *cronificado* um CsO, do qual falam Deleuze e Guattari (1996) em *Mil Platôs*? O qual nos expõe Artaud (1983) por intermédio do seu teatro contra a organização dos organismos?[6] Pois é contra o julgamento, a organização, os estratos, contra o juízo que um Corpo sem Órgãos é criado. Criar para si um CsO parece ser, pois, uma questão de vida. O CsO do corpo cronificado, por que ainda seria uma questão de vida no território do Caps? Por que ainda seria necessária essa montagem corporal? Nesses poucos anos de experimentação de um cuidado em saúde mental que tem o Caps como ordenador, como se tem lidado com os corpos cronificados? As práticas de cuidado têm deles se investido? De que maneira?

[6] "O organismo não é o corpo, o CsO, mas um estrato sobre o CsO, quer dizer um fenômeno de acumulação, de coagulação, de sedimentação que lhe impõe formas, funções, ligações, organizações dominantes e hierarquizadas, transcendências organizadas para extrair um trabalho útil" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 21).

A partir de tais considerações, temos uma única certeza: "jamais saberemos integralmente o que pode um corpo, pois ele é absolutamente paradoxal" (GIACOIA JR., 2002, p. 214). Se "cartografar é sempre compor com um território existencial, engajando-se nele" (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p. 131), uma pista importante pode ser a de compor novos elementos na linha de cuidado desses corpos, entendendo-os como possíveis de intercessão e de intervenção, no sentido que Deleuze (1992) e Lourau (1995) dão a esses termos: produção de perturbação no que parece óbvio e composição de territórios de habitação comuns entre corpos. Nesse sentido, a proposta é a de experimentação de um cuidado singularizante, de uma intervenção que por intercessão, no encontro com eles, produza variações no próprio corpo da clínica.

A ambiência como passagem entre espaço, corpo e clínica

Nos serviços de saúde mental, onde os(as) usuários(as) *cronificados(as)* costumam ficar? Que espaços do Caps eles habitam? De que modo? Em nossas itinerâncias pela rede de saúde mental aracajuana, observamos que esses usuários(as) tendiam a habitar um "espaço morto" no interior dos serviços, ali passando os dias, participando pontualmente das atividades ofertadas pelo serviço. Munido(a) dessas observações e de desejos de interferência nesse contexto, construiu-se um território de habitação coletiva bem no meio de um desses espaços "mortos", aparentemente sem vida.

Ao longo do ano de 2007, acompanhando a direção da gestão de saúde mental que apontava a necessidade de qualificação do cuidado prestado pela rede psicossocial, a

equipe técnica de um Caps três 24 horas[7] iniciou uma discussão que mirava um processo de planejamento e de implementação das atividades terapêuticas ofertadas pelo serviço, o que passou por discutir seu *cardápio* de oficinas terapêuticas[8].

Em um primeiro momento da discussão, que ocorrera ao longo de algumas reuniões de equipe técnica, profissionais responsáveis pela condução das oficinas apresentaram cada oficina ofertada. Percebeu-se que usuários(as) em crise, com determinadas limitações físicas e/ou cognitivas, *cronificados*, moradores dos SRTs e usuários(as) em acolhimento noturno costumavam não participar das oficinas. Isso sinalizava para a equipe uma paisagem de cuidado que parecia não acolher os *casos* de *maior* necessidade de intervenção. Despontava-se, assim, a necessidade de analisar, de interferir e de modificar tal paisagem.

Dessa forma, iniciou-se o segundo momento da discussão, em que foi preciso pensar e apresentar alterações na oferta de cuidado, inserindo novos elementos nas oficinas existentes e criando novas oficinas, pautando-se, para isso, nas demandas dos(as) usuários(as). Nesse contexto, foi proposta pelo Projeto Movimentos uma oficina modular de capoeira.

Nesse Caps, tem-se um corredor que parte da recepção, prolongando-se até os fundos do estabelecimento. Ao final do corredor, abre-se um espaço amplo, conformando o centro do serviço, local de maior fluxo e permanência de usuários(as). O mesmo é utilizado como refeitório, sendo preenchido por algumas mesas e bancos, em que os(as) usuários(as) ficam sentados, conversando, andando, fumando, esperando pelas atividades. Por ali também circulam trabalhadores(as). Trata-se de um espaço sempre ocupado por *corpos em passagem* em suas produções cotidianas. As únicas pessoas que parecem ali se grudar são os(as) usuários(as) *cronificados* em seus *delírios* e *alucinações*, sentados, deitados, gritando, falando coisas, em seus movimentos repetitivos.

Este espaço aberto no meio do serviço funciona como uma espiral, em que os corpos entram, rodam e são jogados para fora novamente. Um não-lugar[9] dentro do serviço. Seu potencial de produção de encontros e de realizações de atividades terapêuticas parece ser desconsiderado pelos(as) profissionais "porque é muito quente", "porque faz muito barulho", "porque tem muita gente passando". Além da realização de refeições, esse espaço se reserva para a realização da assembleia com usuários e de confraternizações, ocasiões em que um grande número de pessoas ocupa o serviço.

Pensar, pois, os espaços físicos dos serviços a partir da diretriz de ambiência (BRASIL, 2010) requer alguns deslocamentos: não se trata apenas da distribuição de corpos em um dado espaço físico, mas sim, de como se dá a relação dos corpos com o espaço, as possibilidades de circulação deles, a convivência entre os corpos, o modo de habitação do espaço e, nesses processos, a produção dos próprios corpos. Nesse ponto se articula espaço, corpo e clínica: se intentarmos a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, parece ser importante

[7] Nesse Caps, nos inserimos como: apoiadora institucional do serviço (mais informações a esse respeito, ver Vasconcelos; Morschel (2009)) e como coordenador do Projeto Movimentos. Tal projeto foi transversal e transdisciplinar, desenvolvido no período de abril de 2007 a fevereiro de 2009. Teve como finalidade produzir, na rede de saúde mental e suas interfaces, espaços coletivos de ação e de discussão acerca da temática do corpo (mais detalhes a esse respeito, ver Machado (2011)).

[8] Tais oficinas se caracterizam como espaços que se querem terapêuticos, centrando-se em pelo menos três princípios: 1) Produzir cotidianidade, desenvolvendo atividades que costumam compor o cotidiano das pessoas (atividades da vida diária), tais como cozinhar, ter hábitos básicos de higiene, se embelezar etc. 2) Produzir coletivos, garantindo espaços de socialização, de troca de experiências, a partir de um envolvimento grupal com objetivos compartilhados: aprender ou implementar uma atividade. 3) Compor territórios existenciais, complexificando-os por meio da introdução de novas atividades, as quais tendem a funcionar como produtoras de novas paisagens subjetivas. Para isso, atividades artísticas e práticas corporais parecem ser imprescindíveis, janelas para si e para o mundo.

[9] Não-lugares "desencorajam a ideia de 'estabelecer-se' [...] aceitam a inevitabilidade de uma adiada passagem, às vezes muito longa, de estranhos, e fazem o que podem para que sua presença seja 'meramente física' e socialmente pouco diferente, e preferencialmente indistinguível da ausência, para cancelar, nivelar, ou zerar as idiossincráticas subjetividades de seus 'passantes'" (BAUMAN, 2001, p. 119).

que faça parte de nossas análises e intervenções se pensar sobre os usos e os modos de habitação dos espaços de um Caps como produtores do processo de cuidado. Isso porque há uma íntima relação entre espaço, corpo e clínica que não podemos desconsiderar.

Nessa direção, alterar a ambiência, seja por meio de reformas estruturais necessárias seja por meio de experimentação de novos modos de habitação de um espaço tido como "morto" como o refeitório de um Caps, enfim, nos parece um item importante a ser levado em consideração quando o que se quer é produzir mudanças nos processos de trabalho rumo à qualificação do cuidado.

A roda: dando passagens ao corpo, ao Caps e à clínica

Conforme já mencionado acima, a oficina modular de capoeira proposta pelo Projeto Movimentos foi programado para realizar-se justamente neste espaço central utilizado como refeitório e como estada de corpos *cronificados*. A proposta foi, então, apresentada aos(às) usuários(as). O objetivo é que ela ocorresse durante dois meses, porém, por solicitação de usuários(as), foi estendida por mais um mês.

As atividades eram planejadas segundo as demandas apresentadas nos Projetos Terapêuticos Singulares e as necessidades observadas ao longo da própria oficina. As práticas eram coletivas, começando por um alongamento dirigido, depois por um aquecimento com movimentos básicos, principalmente movimentos de ginga e de deslocamento. Em toda aula, havia a repetição da série de movimentos aprendida na aula anterior, acompanhada pela introdução de algum elemento novo. No segundo momento da aula, a turma era divida em duplas, para que os movimentos realizados individualmente nos exercícios anteriores fossem experimentados a partir de uma sequência desenvolvida agora pela dupla. No final da aula havia sempre uma roda para que os movimentos pudessem ser experimentados no jogo. Depois que todos haviam jogado era realizado um momento de relaxamento, em que os usuários deitavam em colchonetes e recebiam *comandos de voz* para que começassem a relaxar e a coordenar a respiração. Por meio de toques nas articulações, iam relaxando o corpo. No momento final, era realizada outra roda, agora de conversa sobre a aula. Nela, cada usuário(a) podia falar sobre como experimentou as atividades, as dificuldades, as superações e as sensações.

Com inserções variadas, entradas e saídas diversas, usuários(as) foram aderindo à oficina. A roda, geradora de uma força atrativa, parecia puxar para o centro do jogo as intensidades dos corpos. Atravessava-os com linhas, que iam engendrando participações tão diversas, que não se resumiam ao jogo no centro da roda. No decorrer da oficina de capoeira, observa-se que alguns(mas) usuários(as) que não faziam *fisicamente* a capoeira (não exercitavam), estavam presentes e envolvidos(as) com a atividade, participando, gingando com o olhar. Entravam em outro ponto do jogo: aprendiam pelo olhar, olhando os(as) colegas,

acompanhando com palmas, atentos(as) aos movimentos, pedindo silêncio para os(as) outros(as) que passavam ou chegavam desavisados(as) do que estava ali se desenvolvendo.

Uma das usuárias observava todas as aulas. Às vezes esboçava um sorriso ou acompanhava com uma palma. Mantinha os olhos atentos ao movimento que os corpos desenhavam em cada jogo, em cada roda que se formava. Seu corpo jogava com o corpo do outro, no movimento do outro. Algumas vezes foi convidada para entrar na roda ou participar de alguma atividade, tendo-se sempre uma negativa como resposta. No entanto, permanecia ali jogando com os olhos.

Durante as atividades, observaram-se algumas rodas concêntricas se formarem em torno do jogo: havia os dois jogadores no centro da roda, gingando em movimentos cadenciados pelo ritmo das palmas, do berimbau e das músicas. Havia a roda formada pelos usuários que participavam *oficialmente* das atividades. Outra, aberta e dispersa, se formava de maneira aleatória por usuários que assistiam ao jogo, acompanhando com palmas. Havia ainda, os trabalhadores que, em alguns momentos, ao passarem pelo refeitório, eram capturados pela roda, interrompendo sua trajetória, sendo impelidos a observar o jogo. Por meio da composição dessas rodas, a prática da capoeira funcionou como agenciadora de encontros com corpos e entre corpos, de encontros com o outro dos corpos.

Por meio de sua participação na oficina, a presença de usuários(as) *cronificados(as)* no espaço *morto* do refeitório parecia ser reconfigurada. Ao se ver corpos movimentarem-se diferentemente do que estava descrito e prescrito em seus prontuários ou do que indicava a caracterização de suas patologias e suas próprias condutas cotidianas, produziu-se estranhamento de outros(as) usuários(as) e trabalhadores(as).

A oficina de capoeira funcionou, assim, como analisadora da suposta não adesão de usuários(as) *cronificados(as)* às atividades propostas e da também suposta inadequação deste espaço central para a realização de atividades terapêuticas. O corpo desses(as) usuários(as) e o não lugar do refeitório ganharam novos contornos com as atividades de capoeira. A oficina de capoeira pareceu, assim, constituir um território existencial coletivo, desfazendo o aparentemente óbvio da mortificação daquele espaço e dos corpos que ali faziam morada. Nesse sentido, pode-se dizer que a oficina introduziu mudança na ambiência do lugar, funcionando como outro modo de articulação entre espaço, cuidado e corpo, como via de passagem para forças que habitavam a virtualidade desse território existencial composto pelo cruzamento entre espaço e esses corpos *cronificados*, bem como entre espaço e a cronificação das próprias atividades ofertadas, no sentido de que elas tendem a não fazer sentido para esses corpos.

Entra na roda um corpo adolescente com cerca de 20 anos, esquizofrênico. Um corpo de difícil comunicação com outros, um corpo que não olhava nos olhos, um corpo que

parecia se conformar com aquele tradicional sinal de *embotamento afetivo*. Mas, na roda de capoeira, para não levar rasteira, é preciso olhar no olho do outro e da roda, é preciso gingar, afetar-se, e esse corpo olhou, gingou, sorriu, afetou-se. Durante os jogos de capoeira, aqueles olhos que nunca olhavam diretamente nos olhos do outro, agora não desviavam o olhar, pois era preciso jogar. Encontro intensivo entre corpos, afeto, composição, em que a "relação sujeito-objeto treme", algo passa entre os movimentos, introduzindo o novo, a novidade, o *larvário* (ORLANDI, 2009).

Desse modo, parece ter acontecido um deslocamento do que se concebia capaz àquele corpo-esquizofrênico, olhar-distante. Não cabia mais classificar a (falta de) comunicação do seu olhar. Ele parecia não caber mais no corpo que tinha antes, ganhando volume, outras formas, outros movimentos. Novos modos de conexão foram experimentados com seu corpo, novos agenciamentos, quando agenciar é experimentar um máximo de conexões (ESCÓSSIA, 2009): conexão com o olhar, com seu próprio corpo, com o corpo do outro, conexão com o jogo, conexão com a roda. O que se sabia sobre ele mudou, passou, outro corpo emergiu. Outras conexões faziam-se necessárias.

Corpos não se reduzem a estratos, mas podem partir deles para produzirem um novo território, uma casa, uma dobra sobre si. Por meio de seus movimentos, corpos que participavam da roda, mesmo que não diretamente jogando, pareciam (re)existir em outro território que não apenas o do corpo *cronificado*. A capoeira praticada por corpos desacreditados naquele lugar desacreditado (refeitório) produziu ruptura dos estratos e abertura nos corpos *cronificados*, bem como no corpo de um cuidado também cronificado, colado a pedagogias corporais que perpetuavam as condutas costumeiras de tais corpos *cronificados*, naquele espaço que era considerado um espaço morto que alojava corpos-vivos. No campo do visível e do enunciável sobre corpos cronificados, emergiu um corpo inédito, mudando o plano de visibilidade e de dizibilidade sobre tais corpos. Houve uma disjunção, uma ruptura entre o que era dito sobre eles, nos prontuários, descrições psicopatológicas, naquilo que cotidianamente se esperava de suas condutas e naquilo que agora se torna visível no "quadro-visibilidade" (DELEUZE, 2005).

Os Caps como territórios de ensino e (des)aprendizagens corporais[10]

No início dos anos 1980, em um dado momento do desenvolvimento de suas pesquisas, na busca por caminhos para extrapolar a crítica de que o sujeito por ele pensado seria efeito apenas de relações de dominação, Foucault (2011) faz um deslocamento na chave de compreensão das relações de poder, entendendo-as, a partir de então como relações de governo:

> [...] tentei esboçar um pouco essa noção de governo que me pareceu ser muito mais operatória que a noção de poder; governo entendido

[10] Mais detalhes sobre essa discussão, ver Vasconcelos (2013).

> seguramente não no sentido restrito e atual de instância suprema de decisões executivas e administrativas em um sistema estatal, mas no sentido largo e antigo de mecanismos e procedimentos destinados a conduzir os homens, a dirigir a conduta dos homens, a conduzir a conduta dos homens (FOUCAULT, 2011, p. 53).

À medida que são necessários investimentos educacionais[11] para formar sujeitos governáveis, que, nos dias atuais, se traduzem em empresários de si ou, ainda, para (re) formar ingovernáveis extraviados, na tentativa de inscrever suas condutas no modelo econômico de existência, o governo das condutas parece traduzir-se em uma pedagogia das condutas, em uma pedagogia corporal. O entendimento do governo das condutas como pedagogia parece oferecer uma pista importante para analisar o funcionamento dos serviços substitutivos de saúde mental, em particular: o serviço, seu espaço, as prescrições clínico-institucionais que o regem, as diferentes atividades ali realizadas, as relações entre as pessoas que vivem, convivem e ali circulam, o modo como elas se comportam ali dentro, os saberes e os fazeres que ali se desenvolvem, o cuidado ali oferecido, os projetos terapêuticos ali construídos parecem operar como pedagogias, como elementos formadores de condutas: gestos são inscritos nos corpos, processos de ensino-aprendizagem ali se tecem, organizando corpos, constituindo sujeitos[12], ou seja, formando profissionais e usuários(as), personagens que ali se encontram, "cada um com uma função, um lugar, um rosto bem definido" (FOUCAULT, 2010, p. 285-286).

Mas, se os Caps figuram como territórios de ensino, à medida que o ensinar se refere a processos por meio dos quais se almeja governar condutas, e a clínica em saúde mental tende a figurar como uma pedagogia de formatação corporal, observando os relevos desses serviços, bem ali saltam acontecimentos clínicos. Ali, pululam fagulhas saltitantes que reconfiguram o espaço (trans)formando-o em território afeito a (des)aprendizagens. Em outros termos, espreitando-se um pouco mais o cotidiano das práticas que povoam os Caps, parecem explodir aqui e ali acontecimentos, produzindo o descaminho, ou pelo menos um caminho ainda por se construir para os corpos, para a vida, para a educação e para o cuidado ali produzido. Em outros termos, bem ali junto a processos que fazem destes serviços um território de ensino, de organização de corpos de profissionais e de usuários(as), prescrevendo-lhes formas de ação (BARROS, 2005), bem ali, aprendizagens escapam ao governo das condutas, criando possibilidades de singularização, de recusa a determinados modos de condução obstinados pela fabricação de rostos e fixação de funções e identidades institucionais. Bem ali, bifurcando essa busca pelo homogêneo que pauta o ensinar, corpos experimentam processos de aprendizagem que possibilitam sua abertura, corpos aprendem a desaprender. Nessa direção, Paraíso (2011, p. 47), assinala que:

[11] Vale dizer que, nesse texto, entende-se que tais investimentos educacionais são compostos por todo um conjunto de processos por meio dos quais indivíduos são transformados em sujeitos de uma determinada cultura, em terrenos de capitalismo financeiro, em sujeitos de uma dada cultura somático-empresarial. Tornar-se sujeito dessa cultura envolve um complexo de processos de ensino e de aprendizagem que permeiam muitas instâncias e dimensões da vida em sociedade. Em outras palavras, não se separa aqui educação de socialização.

[12] "Você será organizado, você será um organismo, articulará seu corpo – senão será um depravado. Você será significante e significado, intérprete e interpretado – senão será desviante. Você será sujeito e, como tal, fixado, sujeito de enunciação rebatido sobre um sujeito de enunciado – senão você será apenas um vagabundo" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 22).

> [...] Aprender é abrir-se e refazer os corpos, agenciar atos criadores, refazer a vida, encontrar a diferença de cada um e seguir um caminho que ainda não foi percorrido. Aprender é abrir-se à experiência com "um outro", com "outros", com uma coisa qualquer que desperte o desejo. Por isso, para aprender é necessário "primeiro aprender a desaprender". Aprender a desaprender os sentidos constituídos, os significados produzidos e os pensamentos construídos para abrir em si próprio as diferenças. Aprender é, em síntese, deixar-se "afetar" (PARAÍSO, 2011, p. 47).

A partir de tais considerações, podem-se pensar os Caps como territórios de ensino e de organização de corpos, mas também como territórios onde se pode aprender a desaprender, a desnaturalizar todo um longo histórico de enlatadas aprendizagens sobre processos de cuidado. Dessa forma, podem-se experimentar processos de aprendizagem menos afeitos ao governo das condutas, à fixação identitária e à formatação subjetiva, mais interessados em abrir os corpos para a mestiçagem de encontros. Abrir-se a aprendizagens situadas bem ali no encontro, sem bússolas com outros corpos e com o "outro" do corpo. Esse "ensaio" parece, assim, se configurar como:

> [...] tarefa ético-política irredutível de qualquer tipo de intervenção que não se pretenda fascista: a prontidão à experiência de um encontro com a alteridade movente e, portanto, em estado de recomposição constante; encontro compreendido não como militância de uma causa transcendente qualquer, mas como prática intensificadora de uma arte geral de convívio marcado por nenhuma volúpia governamentalizadora e alguma porosidade à diferença e à variância que esse tipo de acontecimento pode nos provocar,ou ao que quer que a alteridade nos afete e nos faça descolar. Descaminhos da experiência de si, portanto (AQUINO, 2011, p. 205).

Corpo: a grande razão da clínica

Ao nos referirmos à ampliação da clínica, atentamos para as questões apresentadas por Paulon (2004), ao problematizar a que(m) destina a adjetivação da clínica como ampliada: "afinal trata-se de ampliar o quê? Por quê? Em que sentido e com quais meios?" (PAULON, 2004, p. 259). Dito de outra maneira, quando se trata de fazer clínica em saúde mental e do objetivo de articular esse fazer com a produção de corpos, parece ser preciso atentar para a discussão da encomenda institucional comumente feita aos(às) trabalhadores(as) de saúde mental, acerca do cuidado e do corpo. Que encomenda é essa? Atende a quem? A que objetivos no jogo das relações de poder? Atende ao escopo

de condução das condutas rumo à reabilitação e à participação na economia social de mercado? Pode atender a um movimento coletivo de insistência da desinstitucionalização como transvaloração (PAULON, 2006), como perturbação das coordenadas socioculturais-corporais vigentes, pois o importante é tentar, mesmo o impossível (AMADO, 2008). A esse respeito, aponta Paulon (2004, p. 265):

> Se ficarmos, então, discutindo a ampliação no âmbito da intervenção de uma Clínica meramente disseminadora dos mesmos modos de subjetivação existentes, estaremos, no máximo, ampliando os pontos de tensionamento entre um campo de saber que resiste a reconhecer seus sinais de esgotamento e as demandas do contemporâneo que poderiam indicar exatamente onde eles estão.

A clínica que desejamos insistir experimentando, uma clínica que vez em quando se insurge borrando a ortopedia de certas paisagens terapêuticas, desfazendo o aparentemente óbvio de uma clínica inclinada à formatação dos corpos, é uma clínica afeita a (des) aprendizagens, a novas feituras do seu próprio corpo. Uma clínica das passagens corporais, clínica da experimentação, feita por entre encontros de corpos. À medida que experimentamos formas potentes de fazer clínica justamente ali no encontro entre corpos e com o outro do corpo, inclusive o outro do corpo da clínica em saúde mental, é que apontamos nesse texto à ampliação da clínica por meio do operador corpo.

Para tanto, cabe à advertência de não encerrar o corpo em qualquer uma destas concepções: nem biológico, nem psico, nem social, nem biopsicossocial, pois, como aqui discutimos, estamos falando de um corpo que se ergue por entre os desígnios do biológico e da linguagem, os quais não acompanham a velocidade e as intensidades que participam de sua feitura. Um corpo que nasce dos estratos, mas que é mais que essa paisagem instituída, um corpo capaz de transmutá-la. Enquanto se tenta, inclusive por meio de práticas clínicas, paralisar o corpo em estratos, ele foge, bifurca, cria uma saída, ou uma nova entrada, devém estrela e dança (NIETZSCHE, 2008), situando-se a passos largos de quaisquer tentativas de interpretá-lo, representá-lo. Quando se pretende pensar corpo estagnando-o em uma dessas concepções ou organizando-o mediante os marcadores socioculturais vigentes, seu movimento tende a cessar. Luz demais sobre um corpo que dança na escuridão tende a cegar. Eis o principal adoecimento: o do olhar de certas práticas clínicas que tomam o corpo como objeto a ser iluminado por tecnologias de poder.

Nesse contexto, uma clínica que se quer (re)existência precisa seguir o corpo em suas intensidades movediças, o que requer uma clínica igualmente movediça. Nesse sentido, a escuta precisa ser mais do que qualificada, mas sensível ao “corpo vibrátil”, uma escuta dos movimentos intempestivos dos corpos e não restrita à mera aferição de normalidade

dos comportamentos, tentando-se encaixar as necessidades do(a) usuário(a) aos ditames do mercado e do Estado: voltar a trabalhar, voltar a ter um corpo "são" apto para um trabalho esvaziado de sentido, apto para o consumo, apto para se fazer um corpo-capital, empreendedor de si. "Fico pensando por onde anda nossa tão promulgada capacidade de escutar e tão procurada possibilidade de se deixar afetar pelo outro" (PAULON, 2004, p. 265), por seu corpo, por seus territórios, por sua forma de vida, mais que isso, pelo *outro* do corpo, dos territórios e da vida.

Uma clínica das passagens aponta para a necessidade de se experimentar uma escuta que busque pelo encontro, e não pela palavra, menos ainda por uma palavra justa (DELEUZE, 1992), colada aos grandes clichês da saúde mental. Ressalte-se o caso da produção de cidadania, quando comumente o que se produz no terreno do capitalismo, é uma "cidadania da sujeição" (CARVALHO, 2009), em que é preciso aderir ao quadro das boas condutas para tornar-se cidadão(ã). Talvez, uma escuta atenda aos ilimitados modos de feitura de um corpo, interessada por sua abertura, pode abrir a clínica para outras experimentações de cidadania: em vez de uma "cidadania da sujeição", a qual requer (auto)policiamento das condutas, que organiza os corpos colando-os a um rosto homogêneo e transcendental de homem e humanidade, com o corpo e às suas vibrações, ensaia-se uma cidadania que brota não mais de identidades soberanas, mas imanente a processos singulares, em um movimento associado às práticas cotidianas.

Conhecemos muito pouco do corpo. Tentamos, a todo momento, fixá-lo, formatá-lo, classificá-lo, representá-lo, como se uma forma, uma substância, uma palavra, um discurso, um saber pudesse bastar, acalmando nossas angústias de não saber de antemão o que é, o que pede e o que pode um corpo. Tendemos, inclusive, a desprezá-lo, corroborando com toda uma tradição filosófico-política que o rechaçou, posto que apegada a valores "superiores" em detrimento da terra e do corpo. Daí as práticas clínicas tenderem a ser tão apegadas ao verbo, à tomada de consciência, ao alcance de uma suposta identidade interiorizada. O desprezo pelo corpo fez dele um prisioneiro de formatações. Nesse sentido, em vez da alma, não seria o corpo que seria preciso libertar?

Porém, nesse processo de libertação do corpo cabe outra advertência: não se trata de uma tomada de consciência do corpo, como se a partir desta pudéssemos dizer o que por ele passa, pois "poderíamos passar sem a consciência [uma vez que] [...] em quase todos os processos fisiológicos fundamentais da vida vegetativa, e mesmo sensitiva, está ausente a qualidade psíquica da consciência" (GIACOIA JR., 2001, p. 31). A consciência mais atrapalha que ajuda na compreensão do corpo como potência, principalmente se ela não for utilizada como uma ferramenta, uma "ferramenta da mesma maneira como o estômago é uma ferramenta para digestão" (GIACOIA JR., 2002, p. 200).

Nesse sentido, Nietzsche (2008) considera o corpo como “a grande razão” e a consciência apenas como um de seus órgãos. Por isso, o combate à organização do organismo. Por isso, construir um Corpo sem Orgãos para si, em vez de tomar consciência de si. Por isso, a incitação ao descaminho, inclusive do corpo da clínica, por isso, mais que saber o que se é, parece ser preciso recusar o que somos. “Em uma ironia socrática, conhecer-se a si mesmo, na medida em que significa tomar-consciência-de-si, implica em perder-se de si mesmo” (GIACOIA JR., 2001, p. 40).

Desse modo é que se pensou na possibilidade do corpo como operador da ampliação da clínica, entendendo o trabalho clínico como articulado aos movimentos de abertura e (des)aprendizagens corporais. A aposta é numa montagem clínica artesanal e singular, pouco afeita a especialismos, prescrições e generalizações, uma clínica que dê passagem aos movimentos corporais. Clínica que se tece bem ali em paisagens corporais noturnas, habitantes de fronteiras, borrando os caminhos instituídos para o corpo humano e suas condutas, dando possibilidade de emergência e de territorialização de outras formas de feitura corporal. Clínica-corpo que somente será sabida e experimentada à medida que se engendrar bem ali na imanência de práticas cotidianas.

A partir de tal entendimento, ao invés de se seguir dizendo do que necessitam corpos de usuários(as), a partir de tal ou qual diagnóstico, prescrevendo tal ou qual atividade, tal ou qual conduta, talvez se possa suspender certezas sobre seus corpos e sobre o corpo da clínica e experimentar uma prática clínica que trabalhe justo a potência dos corpos em vez de vampirizá-los em favor do biopoder. Uma clínica que se lança em abertura para o descaminho de pensar e de experimentar o corpo antes de ter forma, possibilitando novas montagens, inclusive terapêutica: “a clínica se revela, então, como a bricolagem de fragmentos que ora se conectam produzindo uma figura, ora se desconectam desestabilizando figuras constituídas” (ARAÚJO, 2006, p. 21). O que se pensa com a clínica aqui esboçada é na constituição de habitações corporais que sejam menos restritivas, mais singularizantes e que, ao ousar desterritorializações, consigam materialidade de expressão, compondo novas formas.

Para tanto, aqui se pensou em uma ética da clínica, no sentido de dar-lhe formas encarnadas por meio do que lhe indica relevos do contexto em que ela se desenrola, uma clínica tecida por meio do encontro entre corpos e com o outro do corpo, uma clínica da (des)aprendizagem, da abertura dos corpos para outras rotas, uma clínica experimentada como passagem, “uma experiência do limite” (PASSOS; BENEVIDES, 2006, p. 13), inclusive da própria clínica. Um cuidado que habite a tensão entre formatações e experimentações corporais e que, ao se desligar, pelo menos por alguns instantes, do mandato de sujeição de corpos, pode agenciar paisagens corporais singularizantes, um cuidado, que ao colocar sua própria vida à prova, pode agenciar outras formas de vida para os corpos.

Referências

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.

AMADO, J. **A morte e a morte de Quincas Berro Dágua**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ANTUNES, A. Agora. In: ______. **Em Nome**. [S.l]: BMG, 1993. 1 CD. Faixa 23.

AQUINO, J. G. A. governamentalidade como plataforma analítica para os estudos educacionais: a centralidade da porblematização da liberdade. In: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Foucault**: filosofia & política. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. p. 195-211.

ARAÚJO, F. **Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico**: dos especialismos à clínica da amizade. Niterói, RJ: editoração eletrônica, 2006.

ARTAUD, A. Para acabar com o julgamento de Deus. In: ARTAUD, A. **Os escritos de Antonin Artaud**. Traduzido por C. Willer. Porto Alegre: LPM, 1983. p. 145-162.

BARROS, M. E. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 131-152.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde**.** **Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2010.

______. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

______. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, 2002.

______. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília, 2004.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a pordução de subjetividade no SUS. In: ______.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Org.). **Conexões**: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 23-41.

DELEUZE, G. **Conversações**: 1972-1990. São Paulo: Ed. 34. 1992. (Coleção Trans).

______. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

______ ; GUATTARI, F. **Mil plâtos:** capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v.3.

______. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1997. v.4.

DUARTE, A. Focault e as novas figuras da biopolítica. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Para uma vida não-facista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 35-50

ESCÓSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v.13, supl.1, p. 689-694, 2009.

FOUCAULT, M. 1979-1980: do governo dos vivos. In: AVELINO, N. **São Paulo**. Rio de Janeiro: Centro de Cultura Social/Achiamé, 2011.

______. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001a.

______. **Microfísica do poder.** 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001b.

______. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 273-295.

______. A vida dos homens infames. In: MOTTA, M. B. **Ditos e Escritos IV**: estratégia, saber-poder. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 203-222.

GIACOIA JR., O. **Nietzsche como psicólogo**. São Leopoldo: Ed. Unissinos, 2001.

______. Resposta a uma questão: o que pode um corpo? In: LINS, D.; GADELHA, L. (Org.), **Nietzsche e Deleuze**: que pode o corpo. Rio Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 199-216.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 1, n. 19, p. 15-22. jan./abr. 2007.

LE BRETON, D. **A Sociologia do corpo**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MACHADO, D. **Movimentos na educação física**: por uma ética dos corpos. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MAUSS, M. Noção de técnica corporal. In: ______. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1974.

MEYER, D. E. Corpo, violência e educação: uma abordagem de gênero. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade sexual na educação**: problematizações sobre a homofobia nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde; UNESCO, 2009. p. 213-233.

NIETZSCHE, F. **Assim falou Zaratustra**. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

ORLANDI, L. B. **Ética em Deleuze**. [S.l]: Instituto CPFL, 2009. Disponível em: <http://www.cpflcultura.com.br/site/2009/10/15/integra-etica-em-deleuze-luiz-b-l-orlandi/>. Acesso em: 10 maio 2010.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PARAÍSO, M. A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. (Org.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto Editora, 2011. p. 147-160.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Prefácio. In: ARAÚJO, F. **Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico**: dos especialismos à política da amizade. Niterói: Editoração eletrônica, 2006. p. 13-14.

PAULON, S. M. Clínica ampliada: que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T.; ENGELMAN, S. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004. p. 259-274.

______. A desinstitucionalização como transvaloração: apontamentos para uma clínica do niilismo. **Athenea digital**, Barcelona, n. 10, otoño, p. 121-136, 2006.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

VASCONCELOS, M. **A infâmia de Quincas**: (re)existências de corpos em tempos de biopolítica. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

______; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 13, supl. I, p. 729-738, 2009.

VEIGA-NETO, A. incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. **Habitantes de Babel**: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 105-118.

Apoio Matricial: Cartografando seus Efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da Loucura[1]

Meyrielle Belotti[2]

Maria Cristina Campello Lavrador[3]

[1] Este artigo é resultado de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo, sem financiamento, não havendo conflito de interesse de qualquer espécie. Compôs o número temático sobre Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização da Revista Pólis e Psique, Porto Alegre, v. 2 n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115%3e>.

[2] Bacharel em Terapia Ocupacional pela Faculdade Integrada São Pedro (Faesa). Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Atua com Referência de Saúde Mental na Prefeitura Municipal de Cariacica/ES. *E-mail*: <meyri.to@hotmail.com>.

[3] Professora adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Atua na área de Saúde com ênfase em Políticas de Saúde Mental: modos de subjetivação na contemporaneidade, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização da loucura e atenção psicossocial. *E-mail*: <cristinacampello@uol.com.br>.

Resumo

O artigo relata a experiência dos encontros de matriciamento realizados no município de Cariacica/ES. Nesses encontros, buscou-se conhecer efeitos e contribuições que a interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica pode proporcionar no fortalecimento da rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. Optamos pela cartografia, para acompanhar os movimentos de transformação da paisagem psicossocial, que foi desenhada por meio dos encontros de matriciamento. Utilizamos diário de campo como ferramenta metodológica que proporcionou a linguagem desses movimentos, priorizando análise dos afetos, buscando criar estratégias que contribuam para nova forma de acolher a loucura. Identificamos que o Apoio Matricial pode ser dispositivo importante quando possibilita a criação de brechas, capazes de proporcionar abertura para a experimentação de novas formas de viver, de trabalhar, de relacionar-se, enfim, de encontrar-se.

Palavras-chave:

Apoio matricial. Atenção básica. Saúde mental.

Introdução

O artigo relata a experiência dos encontros de matriciamento realizados no município de Cariacica/ES, buscando analisar quais os efeitos e as contribuições que a interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica pode proporcionar no fortalecimento da rede de cuidados e, consequentemente, no processo de desinstitucionalização da loucura.

O Apoio Matricial (AM) visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico a equipes de referências da Atenção Básica (CAMPOS; DOMITT, 2007). Sua ideia central é compartilhar situações encontradas no território, em uma atitude de corresponsabilização pelos casos, que se realiza por meio de supervisões clínicas e de intervenções conjuntas. Dessa forma, busca-se superar a lógica do encaminhamento/fragmentação, por meio da ampliação da capacidade resolutiva da equipe local.

O interesse em discutir essa temática ocorre por considerarmos de suma importância que esses movimentos, realizados pelos profissionais de saúde mental, sejam problematizados, sobretudo por haver diversas atividades, encontros e vivências, exitosas ou não, acontecendo em diferentes lugares, que não são suficientemente registradas e divulgadas. Ficamos à vontade para realizar essa discussão, pois o que pretendemos não foi escrever sobre os êxitos desses encontros, mas colocar em análise o que esses encontros estão potencializando. Seus efeitos produzidos têm contribuído para o surgimento de novos modos de acolher a loucura nos serviços de saúde?

Utilizamos a cartografia para acompanhar, pensar e sentir as afecções e os movimentos que ocorrem durante os encontros de matriciamento. Para tanto, elegemos o diário de campo com uma ferramenta que proporcionou a atualização da linguagem desses movimentos, por meio do registro de falas, conversas, observações, devaneios, sentimentos e percepções ocorridos nesses encontros.

Percurso metodológico

Propusemos-nos a utilizar a cartografia como método de pesquisa ancorado em uma postura ética que se propõe a pensar e sentir as afecções e os movimentos que ocorrem durante os encontros de matriciamento. Dessa forma, buscamos, neste trabalho, realizar um mapeamento desses encontros visando acompanhar esses movimentos e os efeitos de transformação que ocorrem nesta paisagem psicossocial, permitindo afetar e ser afetada pelos sentidos e pelos *non senses*, visíveis e invisíveis, procurando criar estratégias que contribuam para uma nova forma de fazer saúde e acolher a loucura.

Rolnik (2011, p. 15) diz que, “para os geógrafos, a cartografia [...] é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que ocorrem movimentos de transformação da paisagem”. Nesse sentido, cabe ao cartógrafo:

> dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (ROLNIK, 2011, p. 23).

Assim, o cartógrafo compõe e participa dos movimentos da paisagem em que escolhe mergulhar, buscando descobrir e absorver o que emerge dos encontros que pretende estudar, não apresentando preferências de linguagem ou estilo. O importante é estar atento aos movimentos das afetações, permitindo se afetar e ser afetado pelo visível e pelo invisível, pelas intensidades e pelas multiplicidades que compõem cada encontro.

Aqui a processualidade interessa muito mais que o produto final. O pesquisador se envolve com a paisagem estudada, desloca-se de sua inscrição original, enquanto trabalhador de saúde, e movimenta-se por esse cenário, atento aos ecos que os autores que ele encontra lhe produzem, aos assuntos que provocam e as inquietações que a prática e/ou a teoria ficam reverberando dentro de si (FISCHER, 2000).

Utilizamos, também, o diário como uma ferramenta metodológica que possibilitou um momento de reflexão do vivido por intermédio do ato da escrita, permitindo a não neutralidade no processo de pesquisar, bem como, revelar o não dito. Foram registrados falas, conversas, observações, devaneios, sentimentos e percepções ocorridos nesses encontros, priorizando a análise dos afetos, permitindo ao pesquisador se incluir e se implicar-se na realidade pesquisada.

O diário de campo, para Lourau (1993) é uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando “produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa” (LOURAU, 1993, p. 51), aproximando o leitor do vivido no campo, evitando assim interpretações “ilusórias”, “fantasiosas”. O autor ressalta ainda que “tal técnica não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo do pesquisar” (LOURAU, 1993, p. 51).

Assim, a escrita produzida no diário de pesquisa proporcionou vivenciar, relembrar e reconstruir, por meio das memórias dos afetos, os encontros produzidos com seus diversos atores e suas vozes, reafirmando as relações de implicações produzidas no momento da pesquisa e favorecendo as análises delas.

A partir dessa proposta, foram cartografados os movimentos de transformação da paisagem psicossocial que são desenhados por meio dos encontros de matriciamento, tentando acompanhar as linhas que se formam e se desmancham, utilizando o diário de campo como ferramenta que proporcionou a atualização da linguagem desses movimentos visíveis e invisíveis.

Apoio matricial – entendendo a lógica de funcionamento

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), aproximadamente 20% da população do País necessitariam de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população que necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados eventuais; 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento regular. Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001) e o Ministério da Saúde (BRASL, 2003), estimam que 80% dos sujeitos com sofrimento mental encaminhados aos serviços de saúde mental, não apresentam, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de um cuidado especializado, ou seja, esses casos poderiam ser acolhidos pela Atenção Básica.

Sendo assim, a inserção da saúde mental nesse nível de atenção:

> é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como lócus privilegiado de intervenção (DIMENSTEIN et al., 2005, p. 26).

Diante de tal constatação, o Apoio Matricial tem se estabelecido como ferramenta importante na interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica, pois sua utilização implica mudança no funcionamento e na organização dos serviços de saúde, de modo que procura deslocar o poder dos especialistas, por intermédio da criação de um espaço de comunicação ativa, com o compartilhamento de conhecimento entre profissionais da Atenção Básica e apoiadores. Ou seja, sua proposta sugere sustentar essa relação não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialogados, buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 34), o AM consiste em:

> Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação.

Esse arranjo provoca o desmanche de hierarquias na configuração organizacional por meio da construção de espaços dialogados, estimulando a atenção compromissada com os sujeitos e a efetivação da clínica ampliada, ou seja, busca contribuir com a clínica que pensa a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito e, sim, como aquilo que faz parte dela, sendo esse sujeito capaz de produzir outros arranjos, ou seja, outras normatividades (CANCUILHEM, 1978).

Para Campos e Domitti (2007, p. 399-400):

> O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação.

Nessa nova organização, o saber do agente comunitário de saúde (ACS) inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental e não deve ser ignorado. O ACS torna-se uma espécie de "ponte", por ser o elo integrador entre a comunidade e a Unidade Saúde da Família (USF), sendo elemento importante na composição da rede de cuidados de saúde mental. É esse agente que tem convivência mais direta com os usuários. Ao realizar a visita domiciliar, ouve as queixas e as angústias, presencia conflitos, atuando enquanto porta-voz dessas famílias com os diversos equipamentos de saúde. O ACS tem a possibilidade de fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Sabemos que a construção de um bom vínculo pode influenciar na implicação do usuário, do seu tratamento, bem como da sua família e, ainda, da própria equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Por isso, o reconhecimento do ACS como elemento essencial da ESF é indispensável para que a função do Apoio Matricial se efetive.

Na prática, o AM acontece a partir de reuniões, com discussões a respeito dos casos de saúde mental identificados no território pela equipe da ESF. Em algumas ocasiões específicas,

poderão ocorrer intervenções em conjunto (visitas domiciliares, atendimentos) para melhor "resolutividade" do caso. Pretende-se qualificar as equipes da ESF para uma atenção ampliada, que contemple a totalidade da vida dos sujeitos, bem como, a distinção dos casos que podem ser acolhidos nas USFs, daqueles que podem ser acolhidos pelos recursos sociais existentes na comunidade; e/ou estabelecer ainda distinção daqueles em que a real situação necessita de um cuidado especializado em saúde mental.

Pouco de Espinosa

Como já dito anteriormente, para acompanhar-nos nessa cartografia, elegemos como referencial teórico as contribuições de Espinosa. Dessa forma, iremos contextualizar o leitor, sobre alguns conceitos e ideias apresentadas por esse filósofo.

Para Espinosa, a essência das coisas está na existência delas. Diferente da visão cartesiana de Descartes[4], que acreditava em duas substâncias diferentes, a do corpo e a da mente. Na concepção espinosiana, todas as coisas são constituídas por uma só substância e tomam formas diferentes em seus modos de existência. Nesse pensamento não existe binarismo entre corpo e alma, vivemos de corpo e alma, no mais adequado equilíbrio entre as duas partes: por conseguinte, não existe um dado evento que venha a afetar apenas a alma ou o corpo: um encontro, entre corpos, produz uma impressão no seu corpo e na sua alma, simultaneamente.

Mas, afinal, de que corpo estamos falando? Com base no pensamento de Espinosa, Deleuze (2002, p.128) aponta duas maneiras simultâneas para definir um corpo. Na primeira definição "um corpo, por menor que seja, sempre comporta uma infinidade de partículas: são as relações de repouso e movimento, de velocidade e de lentidões entre partículas que definem um corpo, a individualidade de um corpo".

Já a segunda definição refere-se ao poder que um corpo possui de afetar e ser afetado. "um corpo afeta os outros corpos, ou é afetado por outros corpos: é este poder de afetar e ser afetado que também define a individualidade de um corpo".

Deleuze (2002), ainda por intermédio do pensamento de Espinosa, ressalta que um corpo é definido pelos afetos que ele é capaz.

> Em suma: se somos espinosistas, não definiremos algo nem por sua forma, nem por seus órgãos e suas funções, nem como substância ou como sujeito. Tomando emprestados termos da Idade Média, ou então da geografia, nós o definiremos por longitude e latitude. Um corpo pode ser qualquer coisa, pode ser um animal, pode ser um corpo sonoro, pode ser uma alma ou uma ideia, pode ser um corpus linguístico, pode ser

[4] René Descartes é conhecido como "o pai da filosofia moderna". Suas contribuições filosóficas foram um marco histórico do dualismo, no século XVII. Descartes introduz um novo paradigma na ciência, criando a dualidade corpo-alma. Corpo e alma seriam substâncias diferentes, uma extensa, outra pensante.

> um corpo social, uma coletividade. Entendemos por longitude de um corpo qualquer conjunto das relações de velocidade e de lentidão, de repouso e de movimento, entre partículas que o compõem desse ponto de vista, isto é, entre elementos não formados. Entendemos por latitude o conjunto dos afetos que preenchem um corpo a cada momento, isto é, os estados intensivos de uma força anônima (força de existir, poder de ser afetado). Estabelecemos assim a cartografia de um corpo. O conjunto das longitudes e das latitudes constitui a Natureza, o plano de imanência ou de consistência, sempre variável, e que não cessa de ser remanejado, composto, recomposto, pelos indivíduos e pelas coletividades (DELEUZE, 2002, p. 132).

Também inspirada em Espinosa, Chauí (1995), em seu livro *Espinosa: uma filosofia da liberdade*, afirma que o corpo é relacional, sendo constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser por eles afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os regenerando.

Entendemos por afecções a ação que um corpo sofre de outro corpo, ou seja, são entendidas como o efeito que a ação de um corpo produz sobre outro. Essa ação ocorre por meio das misturas dos corpos, que provoca sempre um contato, um encontro, não podendo se dar a distância. Assim, as afecções seriam a forma de conhecer o efeito de um corpo sobre o outro.

Segundo Deleuze (2002, p. 33), teríamos duas espécies de afecções: uma intitulada ações "que se explicam pela natureza do indivíduo afetado e derivam da sua essência", e outra intitulada paixões "que se explicam por outras coisas e derivam do exterior", ou seja, da influência do exterior sobre o corpo afetado. As paixões podem ser tristes ou alegres e estão relacionadas com a potência de agir. Nas paixões tristes, nossa potência de agir é diminuída. Nas paixões alegres, nossa potência de agir é ampliada. "Sentimos alegria quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõem, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõem; inversamente, sentimos tristeza quando um corpo ou ideia ameaçam nossa própria existência". O autor ainda ressalta que o indivíduo é antes de mais nada um grau de potência. E esse grau de potência corresponde a certo poder de afetar e ser afetado.

Assim, podemos dizer que o corpo é feito de relações, de misturas, e que, dependendo de como essas relações ocorrem, pode constituir um ser ativo, potente, alegre ou triste. Considerando que são nos encontros entre os corpos que acontecem misturas e afecções, torna-se importante pensarmos o papel desses encontros, visto que é por meio do agenciamento de outras forças que se torna possível a criação de novas formas de expressão

e de possibilidades de vida. As afecções e os afetos que percorrem os encontros reforçam sua potência, tornando-os capazes de trilharem novos caminhos, de produzirem desvios de rotas preestabelecidas que não tenham gerado bons encontros.

Nessa concepção, consideramos um bom encontro, aquele em que existe uma boa relação entre dois corpos. É aquele em que há uma mistura com o outro corpo, em que existe composição. Um corpo combina com o outro. Um encontro que produz aumento de potência de agir, de alegria. Já o mau encontro é quando dois corpos se relacionam, entretanto, um dos corpos decompõem o outro, ou seja, um corpo não combina com o outro, os corpos são incompatíveis naquelas circunstâncias. Um encontro que produz diminuição de potência de agir, de tristeza.

Em suma, pensando de forma espinosista, podemos dizer que, ao longo de nossas vidas, ocorrem diversos encontros e misturas com outros corpos. Tais encontros produzem afetamentos que podem ampliar ou diminuir a nossa capacidade de agir. Se, nesses encontros, as misturas dos corpos são pautadas em afetos que ampliem a nossa capacidade de agir, adquirimos uma potência intrínseca, tal como ocorre no caso da alegria. Em uma situação oposta, em que a mistura dos corpos são incompatíveis, sofremos diminuição de nossa potência. Esses encontros motivam o surgimento de afetos tristes, em que ocorre o enfraquecimento da nossa capacidade de agir.

Assim, vamos nos fazendo e refazendo durante esses encontros que, ora potencializam e ora enfraquecem a nossa vida, por meio das afecções sofridas que produzem efeitos diversos. Efeitos que podem ser considerados ruins ou benéficos. Não há como prever a maneira como cada corpo irá reagir ao afetamento produzido a partir desses encontros.

Efeitos esses que nos colocariam diante da micropolítica. Compreendida aqui como capaz de criar novos agenciamentos para estabelecer linhas de fuga e poder gerar o "novo". Nesse sentido, a vida que está encapsulada e fixada no plano de organização, com uma identidade preestabelecida, "é liberada através dos afetamentos promovidos nos encontros, conectando-se com o diferente, com o estranho, para exercer sua potencialidade transformadora, seu devir" (CAMPOS, 2007, p. 48).

Sendo assim, considerando que os encontros se dão entre os corpos e que neles ocorrem ações de um corpo sobre outro, naquilo que Espinosa chamou de afecção, pretendemos conhecer o que esses afetamentos produziram e potencializaram. Seus efeitos estão produzindo novos agenciamentos capazes de criar linhas de fuga, para poder gerar o novo?

É isso o que nos interessa nessa forma de pensar: qual é o poder de ser afetado de um corpo? Qual a capacidade de afetar outros corpos e ser afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os regenerando? Como esses encontros de matriciamento são capazes de

alterar o grau de nossas potências de agir e pensar sobre a loucura? Esses afetamentos têm potencializado a rede de cuidados de saúde mental e o processo de desinstitucionalização?

Cartografando os encontros de matriciamento

Iniciamos nosso mergulho na paisagem destacando que, durante o nosso percurso, foi possível constatarmos que as ações de saúde mental realizadas pelas equipes estudadas, antes do matriciamento, restringiam-se em encaminhamentos aos serviços de saúde mental, sem algum tipo de responsabilização, de escuta e de acolhimento do sujeito com sofrimento mental. No entanto, tal fato é reflexo da junção de vários fatores: falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionavam como retaguarda e permitiam a referência rápida em caso de necessidade; o desconhecimento acerca do movimento da Reforma Psiquiátrica; a inexistência de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF; condições precárias para o atendimento desses casos na Atenção Básica, o que inclui infraestrutura inadequada, escassez de material de consumo e equipamentos; inexistência de uma rede em saúde mental articulada, entre outros.

Em vários momentos, durante os nossos encontros, tivemos de ficar de "antenas em pés" para a forma como estávamos realizando o AM, para não sermos capturados pelo instituído. Concordamos com Cunha (2009) que ressalta que o matriciamento "é uma ferramenta que também pode fazer o contrário do que se deseja, ou seja, aumentar o poder do especialista, medicalizando a população através de uma instrumentalização das equipes menos sabidas". O autor continua afirmando que a proposta do matriciamento tem potência e tem riscos como qualquer outra proposta. "É necessário que o apoio matricial seja parte de um processo de re-invenção de novas organizações e relações, e não uma ferramenta isolada num contexto extremamente hierarquizado".

Como já dito anteriormente, é por intermédio dos encontros que os corpos vão se compondo, onde os afetos ocorrem de forma quase imperceptível, proporcionando novas possibilidades de vida. Nesse emaranhado, os profissionais de saúde também vão se constituindo, afetando e sendo afetados pelos diversos encontros que ocorrem no dia a dia dos serviços. Encontros com outros trabalhadores, com usuários e seus familiares, encontros de matriciamento, entre outros. Encontros que aumentam a potência, ou despotencializam. Podemos vivenciar uma diversidade de encontros, com movimentos de atração e de repulsa, que irão compor novos territórios. Assim como cita o autor acima, os encontros de matriciamento têm potência e têm riscos também. Dessa forma, o AM, para ter potência, tem que ser capaz de proporcionar trocas de saberes/afetos, de promover abertura institucional e novos agenciamentos, isto é, conexões entre as mais variadas matérias de expressão.

Por meio dos encontros de matriciamento, buscamos possibilitar aos profissionais envolvidos a criação de práticas que permitem que seus afetos circulem, inventando novos processos

de trabalho, questionando os processos cristalizados. Quando pensamos na potência do AM como um disparador para a mudança do modelo assistencial, não estamos pensando em grandes mudanças estruturais, mas, sim, na criação de novos fluxos, capazes de promoverem uma descaptura do instituído.

Nossos encontros não foram desenhados presos a uma forma, a um único modo cristalizado de cuidado. Funcionávamos de um modo molecular[5], rompendo com o determinismo. As discussões dos casos aconteciam por meio do poder dos encontros, sem protocolos, normas e regras para seguir. Os encontros eram heterogêneos, novos e inacabados. O que proporcionava movimento, liberdade criativa. Encontros que se desdobravam em outros encontros entre os profissionais de saúde e os usuários portadores de sofrimento mental. Movimentos que demandavam reflexões e criavam brechas.

Inicialmente, sentimos que as equipes da ESF nos enxergavam como mágicos, com suas cartolas cheias de truques de mágicas que iam solucionar rapidamente todos os "problemas" de saúde mental existentes no território. Essas mágicas, por sua vez, eram vislumbradas com cura, internações ou com algum outro procedimento que promovesse o afastamento do "louco" do território. Ao poucos, com o passar dos nossos encontros, alguns profissionais começaram a desmistificar a imagem do mágico. Outros permaneceram enraizados com a ideia do mágico, entretanto, esses demonstravam frustração diante das discussões e dos encaminhamentos dados aos casos. "Essa proposta de Apoio matricial demora para ver os resultados .... Enquanto isso o usuário fica do mesmo jeito" (ACS). "Acho essas reuniões uma perda de tempo.... Seria mais proveitosos se vocês atendessem logo todo mundo" (ACS).

[5] Estamos nos referindo aos conceitos de molar e molecular, onde o molar seria a ideia organizada, pré-formada, em que a verdade surge a partir de um modelo determinado e se cristaliza ao longo do tempo. Já a ideia de molecular diz respeito às práticas que desfazem as funções cristalizadas pelo molar. O molecular está relacionado ao movimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 9):

> Apoiar equipes é intervir com elas em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho.

Diversas vezes fomos questionados sobre os encaminhamentos dados e a "resolutividade" dos casos discutidos. Percebemos que já era uma prática rotineira os encaminhamentos sem responsabilidade, em que o ato de encaminhar tinha como significado o não retorno do usuário ao serviço. Assim, por meio de nossas discussões, buscávamos o surgimento de

uma responsabilidade compartilhada no cuidado com o sujeito com sofrimento mental, onde o encaminhar significasse identificar, com o usuário, o serviço mais adequado para suas demandas.

Também identificamos que muitos profissionais de saúde se fixam em protocolos e normas que, por sua vez, determinam os comportamentos e as condutas adotados por este. Protocolos e normas são instrumentos criados para padronizar a assistência, mas que, ao mesmo tempo, capturam o trabalho vivo e retiram a liberdade do trabalhador. Aprisionam seus atos de cuidado com o usuário em um padrão previamente estabelecido. Vive-se então uma tensão. De um lado liberdade de agir, que resultam em processos de trabalho às vezes mais criativos, livres; do outro, formas de captura do trabalho vivo, com formas mais rígidas de controle. Liberdade e captura atuam simultaneamente, formando a subjetividade do profissional de saúde. A subjetividade capturada vai proporcionar as práticas serializadas, de forma burocrática, considerando o usuário como mais um de um conjunto padronizado. Ela se fixa em um polo conceitual, previamente determinado, e institui verdades, não considerando a potência do outro. A relação é de controle e o cuidado que aí se produz é fixo, protocolar. Já a liberdade, possibilita a produção do cuidado da melhor forma que lhe convém. Sendo assim, ela é a palavra mágica, que permite ao trabalhador, em momentos diferentes, fazer uma coisa e outra. Não há, *a priori*, um modelo de cuidado em saúde a ser seguido, as práticas andam conforme anda o próprio trabalhador, ou seja, sua subjetividade, que é dinâmica, opera, produzindo o cuidado também com as variações que este sujeito sofre, na sua relação com o mundo do trabalho (FRANCO, 2012).

Por meio dos encontros de matriciamento realizados foi possível verificarmos a sensação de impotência que muitos dos profissionais da ESF apresentam quando se deparam com algum caso que não está previsto nos protocolos. Essa situação gera um sentimento de angústia e de ansiedade nesse trabalhador, que busca dar resolutividade por meio da "lógica do encaminhamento". Um aliado que nos ajudou a amenizar essa situação foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o PTS nada mais é do que uma nova forma de realizar a discussão de "caso clínico", capaz de proporcionar atuação integrada da equipe, incorporando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos sujeitos. A substituição do nome Projeto Terapêutico Individual (PTI), como era antes denominado, para Projeto Terapêutico Singular nos parece mais adequada, "porque destaca que ele pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação" (BRASIL, 2009, p. 40).

Para Oliveira (2008), o PTS é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, onde é incorporado a capacidade de pensar e de criar novas realidades, ao mesmo tempo em que se planejam e se organizam ações e responsabilidades.

Implantamos o PTS somente nos casos mais graves e difíceis eleitos pela equipe. Nossos principais desafios para a elaboração e a implantação dos projetos foram pensar na singularidade do sujeito com sofrimento mental e incluir os equipamentos sociais existentes no território com uma possibilidade terapêutica, ampliando-se, assim, as formas de cuidado, colocando a abordagem medicamentosa como uma dessas possibilidades, não sendo a exclusiva, com é feita habitualmente. No entanto, podemos dizer que o uso do PTS foi muito satisfatório, pois esse se mostrou útil para mediar relações e estabelecer um diálogo entre a equipe de saúde, os usuários e os cuidadores, além de proporcionar a construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo o envolvimento e a responsabilização de todos no cuidado com sujeito com sofrimento mental.

Nesse nosso percurso, gostaríamos também de destacar a importância do agente comunitário de saúde (ACS) e a valorização do seu saber. Percebemos que a equipe da ESF compreende o papel do ACS como o "elo", uma "ponte" com o usuário. O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) inclui no elenco das ações do agente comunitário o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde. "Um agente comunitário de saúde sabia que ele gostava de jogar baralho, e através dessa informação conseguimos estabelecer uma conversa inicial com ele" (enfermeira da ESF).

Lancetti (2008, p. 93) coloca que a relação entre o ACS e os outros profissionais é uma "parceria singular", é como "arma fundamental para fazer funcionar essa máquina de produzir saúde e tecer fio a fio as redes microssociais de alto poder terapêutico".

Contudo, concordamos com Tomaz (2002, p. 84-85) que ressalta que:

> não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a "mola propulsora da consolidação do SUS". Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão tecnicoassistencial ou político-social.

Outra situação identificada, com relação ao ACS, foi à necessidade desse profissional se sentir cuidado. Diferentemente dos outros trabalhadores de saúde, que buscam o

apoio matricial mais para um suporte técnico, percebemos que, na grande maioria dos nossos encontros, éramos procurados, no final, por algum agente de saúde que relatava e solicitava orientação para uma situação particular. “Eu fiquei estressado por causa da quantidade de trabalho. A situação agravou depois que eu perdi um membro da minha família. Deu depressão. Conversei com a médica, ela me passou uns remédios, que não adiantaram muito. [...] Ninguém perguntou como eu estava, se eu tinha melhorado. Eu esperava atenção” (ACS).

Nas relações de trabalho, como em qualquer outra relação, as tensões se fazem presentes. O ACS é um corpo em relação, afetando-se e sendo afetado. Um corpo com marcas produzidas pelo trabalho, pelas misturas, pelas relações. Em alguns momentos verificamos marcas de afetos tristes, que diminuem a potência de agir. Percebemos que esses profissionais se sentem excluídos do processo de trabalho, e que a distância existente entre o que é de competência do ACS e a realidade da prática é o principal motivo gerador de sofrimento. A partir desse cenário ficou claro que a fragmentação e a burocratização contribuíram para a circulação desses afetos tristes. Afetos que criaram barreiras e fortaleceram o instituído, a ponto do ACS sentir-se em alguns momentos esquecido e engolido pela lógica do trabalho.

A burocratização encontra-se tão enraizada na dinâmica dos serviços, que as falas a seguir demonstram o conflito existente entre as diretrizes da ESF com o modelo de atenção vigente, que ainda permanece fixado nos padrões antigos. “Eu tenho uma produção mensal a cumprir, por isso às vezes não consigo dar a atenção necessária à família que estou visitando” (ACS). “São muitas fichas para preencher” (ACS).

O processo de trabalho burocratizante despontencializa o processo de trabalho criativo e prazeroso. O ACS que é comparado à “ponte” e ao “elo” – fazendo uma alusão à figura que uni lados, que tem o papel de ligar duas partes, ou seja, aquela personagem que deve promover a interação entre os profissionais de saúde e a comunidade, acaba por realizar de forma massificada o papel de um mero entrevistador, com suas diversas fichas, contendo inúmeras perguntas, assumindo a postura de um mensageiro que leva e traz as informações.

A produção massificada do trabalho na contemporaneidade afeta os serviços de saúde, colocando como prioridade e valorizando as quantidades numéricas, deixando em segundo plano o cuidado. O trabalho passa a ter como base o capitalismo desenfreado. Dentro dessa lógica, o que importa não é complexidade do caso, nem a subjetividade das ações, mas, sim, as ações que podem ser quantificadas.

Franco e Mehry (2012) colocam que ocorre com a ESF algo parecido com o enigma da esfinge.

> Conta a mitologia grega que a Esfinge tinha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge se fixou nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: “Qual o animal que anda de quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “O homem que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice”. Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta.

Na ESF acontece a mesma coisa, a equipe consegue enxergar que é no processo de trabalho que se encontra o atual problema do modelo assistencial, porém, não consegue decifrá-lo e, assim como acontece com a imagem da Esfinge, “é engolido pela feroz dinâmica medicocentrado”, atuando com base na produção de procedimentos e não na produção do cuidado (FRANCO; MEHRY, 2012).

Desta forma, a adesão à Estratégia de Saúde da Família, por si só, não garante uma nova forma de cuidar. É necessário criar novos agenciamentos, bem como outra micropolítica para poder gerar o “novo” e surgir, assim, uma nova ética. Ética pautada pela solidariedade e pelo cuidado humanizado, capaz de proporcionar aos profissionais de saúde a construção de uma postura diferenciada nos encontros com os usuários.

Considerações finais

Neste trabalho, buscamos conhecer os efeitos dos encontros de matriciamento. Como esses encontros podem afetar nossa potência de agir? Os afetos que circulam nesses encontros têm potencializado a rede de cuidados e, consequentemente, o processo de desinstitucionalização? Podemos dizer que, com essa experiência, vivenciamos bons e maus encontros. Maus encontros em que, na maioria das vezes, a força do instituído se fez presente por intermédio da padronização, da repetição de condutas e dos encaminhamentos sem responsabilidade. Bons encontros, que geraram alegria e possibilidade da construção de novos sentidos. Encontros que proporcionaram também uma abertura para a experimentação de novas formas de viver, de trabalhar, de relacionar, enfim, de encontrar. Assim, por meio desses encontros, identificamos que o Apoio Matricial mostra capaz de proporcionar novas formas de ser e de circular pela vida. Esses encontros de matriciamento possibilitam um jeito novo de relacionar-se com os sujeitos com sofrimento mental.

Assim, compreendemos que o AM, por meio da porosidade dos seus encontros, pode ser um dispositivo importante na criação de práticas que possibilitem um pensar e (re)inventar

fora das regras, dos protocolos e do campo das certezas, abrindo, assim, espaço para o inusitado. Trata-se, então, de novos agenciamentos no cuidado em saúde.

Identificamos que as equipes da ESFs ainda estão bastante capturadas pelo instituído, atuando na maioria das vezes presas às regras e aos protocolos. Não sabendo acolher as situações que "fogem da regra". Atribuímos a dificuldade de acolher a loucura à falta de capacitação em saúde mental e, segundo relatos de alguns profissionais, há insuficiência na formação acadêmica deles. Em nosso entendimento, o ficar "preso às regras" não permite ao trabalhador experimentar a suavidade dos encontros, deixando seus "olhos vendados" para o inusitado. Abrir-se para a diferença implica deixar-se afetar pelas forças provenientes de um encontro capaz de criar novos agenciamentos, novos sentidos e outras possibilidades de vida.

Com essa cartografia não pretendemos "concluir" nada. Afinal, cartografar é estar em movimento. Muito mais que oferecer respostas prontas de como devem ser realizados os encontros de matriciamento, essa experiência possibilitou a criação de um espaço para refletir e construir um cuidado em saúde mental interligado com a vida. Fica aqui uma questão: O que nós, profissionais e militantes da saúde mental, estamos desejando com o Apoio Matricial? Desejamos seguir em frente? Desejamos encontros de matriciamento com produção de vida? De fato, é notório que a interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica não será equacionada por meio de diretrizes, devido à complexidade e à singuralidade das ações que não permitem que sejam criadas receitas para o cuidado efetivo/afetivo, capazes de possibilitar novas práticas.

Trazendo para análise novamente à questão desse estudo; quais os efeitos que esses encontros de matriciamento têm produzido? Sabemos que os afetos que circularam nesses encontros podem produzir diversos efeitos, impossíveis de mesurar. O que podemos dizer para quem os procura é que, nessa busca, existem alegrias, tristezas, decepções, encantamentos, idas e vindas, encontros e desencontros. Enfim, não existe um protocolo ideal a ser seguido. Mas, o que ficou nítido foi que a vida deve estar sempre presente nos encontros de matriciamento, e não somente a doença e a saúde vistas como em si.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

______. Ministério da Saúde. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010.

______. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

______. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003.

CAMPOS, A. P. **Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental**: dispositivos para a desinstitucionalização da loucura? 2007. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITT, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CANCUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CHAUÍ, M. **Espinosa**: uma filosofia para a liberdade. São Paulo: Moderna, 1995.

CUNHA, G. T. **O apoio matricial**: obstáculos e potencialidade nas práticas em construção. [S.l.]: Rede HumanizaSUS, 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao>. Acesso em: 20 jul. 2009.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. **Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 24-40, nov. 2005.

FISCHER, N. B. **Ação coletiva, sujeitos e educação**. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

FRANCO, T. B. **Gestão do trabalho em Saúde Mental**. [S.l.: s.n, 2012?]. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: EURJ, 1993.

OLIVEIRA G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: GUERREIRO, A. P; CAMPOS, G. W. S (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**: saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

Efeitos Transversais da Supervisão Clínico-Institucional na Rede de Atenção Psicossocial[1]

Joana Angélica Macedo Oliveira[2]

Eduardo Passos[3]

[1] Este artigo foi produzido a partir de pesquisa com apoio da Faperj e compôs o número temático sobre "Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização" da Revista Pólis e Psique, Porto Alegre, v. 2 n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115>.

[2] Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). *E-mail*: <joanamacedo2002@yahoo.com.br>.

[3] Doutor em Psicologia, professor associado IV do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). *E-mail*: <e.passos@superig.com.br>.

Resumo

Construímos uma cartografia dos efeitos transversais disparados na Rede de Atenção Psicossocial a partir do processo de supervisão do território. Tomamos para análise a Rede de Atenção Psicossocial de uma área programática (AP) do município do Rio de Janeiro/RJ. Partimos da análise de dois dispositivos: a supervisão clínico-institucional da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e a supervisão clínico-institucional do território em que se encontra o Caps. A supervisão mostrou-se como um dispositivo que faz operar uma rede transversal ativadora de conectividade e de efeitos de coletivização na rede de saúde do território.

Palavras-chave:

Subjetividade. Transversalidade. Saúde mental. Supervisão.

Introdução – constituição do plano problemático

Em pesquisa anterior (OLIVEIRA, 2006; OLIVEIRA; PASSOS, 2007) acerca das novas formas de assujeitamento exercidas em dois serviços de saúde de mental (Caps) revelou uma modulação das linhas de forças que constituem o exercício de poder no contemporâneo. Constatamos uma transformação da relação de **tutela,** operada pelo antigo manicômio, para a de **controle** dos serviços ditos "abertos", levando-nos à construção de duas séries paralelas e contemporâneas que se apresentam como linhas de forças modulantes do exercício de poder. Nessa complexa operação, situamos o perigo de modulação da série **doença mental – tutela – manicômio** para outra que pode comportar outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos**. A modulação sofrida pelo exercício de poder no campo das práticas em saúde mental coloca um problema gravíssimo para os atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para a manutenção da relação manicomial com a loucura não é imprescindível o manicômio. Isso implica dizer que a relação manicomial pode persistir enquanto modo de pôr-se em relação entre os atores que compõem o processo de desinstitucionalização da loucura. Nesse sentido, as formas de atenção e de gestão exercidas nos serviços territoriais em saúde mental, descentralizados e "abertos", podem configurar-se em novos modos de sobrecodificação, de segmentação, de captura e de controle a céu aberto que perpetua a relação manicomial.

Foi isso o que revelou a discussão sobre as políticas públicas de subjetivação em serviços de saúde mental, fornecendo-nos pistas para problematizar três formas de cronicidade constituídas a partir dos modos de atenção e de gestão do cuidado em serviços substitutivos de saúde mental: **1) cronicidade dos usuários; 2) cronicidade dos profissionais; 3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental.** Quando se põe em análise esses três modos de cronificação chama atenção os efeitos-subjetividade – de retração, de constrangimento e de esfriamento – que expandem a relação manicomial para além dos muros do manicômio.

A discussão dessas formas de cronicidade nos forçou a pensar que podem existir redes relacionais geradoras de dinâmicas burocráticas, fechadas, frágeis e empobrecidas que perpetuam a relação manicomial, diluindo-a por todo *socius*. Por outro lado, podem emergir comunicações transversais que operam graus de abertura na Rede de Atenção Psicossocial, criando efeitos-subjetividade de aquecimento e de expansão das formas de relação entre usuários, trabalhadores e gestores.

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa que problematiza a dinâmica comunicacional da Rede de Atenção Psicossocial de uma área da cidade do Rio de Janeiro. Nosso objetivo foi analisar os efeitos gerados pela dinâmica da rede de saúde considerando seus momentos tanto de expansão, de aquecimento, de

propagação e de diferenciação das linhas em conexão quanto de retração, de esfriamento, de estagnação e de homogeneização de suas linhas.

A pesquisa em questão se deu em uma cidade que foi uma das pioneiras na luta dos trabalhadores pelo processo de desinstitucionalização da loucura. Realizamos uma cartografia dos efeitos disparados na Rede de Atenção Psicossocial a partir do processo de supervisão do território. Tomamos como caso crítico-clínico a Rede de Atenção Psicossocial de uma AP no município do Rio de Janeiro/RJ.

Essa experiência teve seu ponto de partida em agosto de 2008, a partir de um convite da direção e da coordenação clínica do Caps dessa AP para que um dos pesquisadores assumisse a supervisão clínico-institucional do serviço e do seu território. A encomenda dirigida pela coordenação de saúde mental do município foi a de que a supervisão não se restringisse apenas ao Caps, mas se estendesse a outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, funcionando de maneira ampliada pelo território.

Composição do Plano da Pesquisa: impressões sensíveis de um trajeto e a experimentação afetiva de um meio

Estávamos lançados no campo não só como pesquisadores, mas também como trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial. Um de nós exercia a função-supervisão em Caps II de uma área programática que compreende nove bairros da zona norte da Cidade do Rio de Janeiro. Esse território conta com cinco equipamentos de saúde: uma Policlínica, um Posto de Saúde, uma Emergência, Caps II e um Instituto Psiquiátrico.

O Caps é o único Centro de Atenção Psicossocial deste território, atendendo a uma população oficial de aproximadamente de 700 mil habitantes (IBGE, 2010); sendo a população toda da AP estimada em 1.112.000 habitantes (IPP, 2009). Pode-se dizer que há um deserto sanitário instituído neste território, se levarmos em consideração o número de equipamentos de saúde frente à demanda populacional dessa região. Além disso, essa é uma área de pobreza com baixo investimento em políticas públicas, o que produz uma dureza nos modos de sentir, pensar e fazer que ganha ares, frequentemente, de brutalidade. A violência atravessa capilarmente as relações sociais.

É nesse cenário que uma equipe sobrevivente constituída por um diretor, uma coordenadora clínica, um psiquiatra, três psicólogos, uma assistente social, uma enfermeira, duas terapeutas ocupacionais, uma administradora, uma professora de dança, uma musicoterapeuta, uma auxiliar administrativa, duas auxiliares de enfermagem, uma cozinheira, uma copeira, duas auxiliares de serviços gerais, dois porteiros e dois vigilantes tomam para si o desafio da construção de uma rede progressiva e ininterrupta de cuidados intensivos em saúde mental.

No ano de 2011, o Caps II atendia 483 usuários. Apesar de funcionar como Caps II não oferece refeição diária aos usuários assistidos, ofertando apenas um pequeno lanche, o que afeta significativamente o projeto clínico-político desse serviço. O cuidado prestado aos usuários no Caps II inclui as seguintes atividades: atendimento individual; atendimento em grupos (conscientização do movimento corporal, grupo terapêutico, musicoterapia, grupo de família); atendimento em oficinas terapêuticas (brincando de cinema, oficina de vídeo, geração de renda, oficina expressiva) e visitas domiciliares.

A metodologia da pesquisa

De início devemos ressaltar o que entendemos como particularidade do dispositivo-supervisão e como o experimentamos no Caps enquanto recurso metodológico de que a Rede de Atenção Psicossocial lança mão para construir o cuidado e gerir esse mesmo cuidado. O que é esse dispositivo?

Foucault em seu artigo *Sobre a História da Sexualidade* (1979) nos indica três aspectos que devem ser considerados para a análise de um dispositivo: a) a formação em rede dos dispositivos (o dispositivo como produtor de ligação entre elementos heterogêneos: discurso, instituição, leis, regulamentos, enunciados científicos, proposições filosóficas, etc.); b) a qualidade da ligação criada e recriada nessa rede (a relação de pressuposição recíproca entre os elementos dessa rede se encontra em constante movimento); c) a dimensão estratégica dessa rede (o dispositivo responde sempre a uma urgência).

Deleuze (1996, p. 83), ao comentar o conceito de Foucault sobre o dispositivo, pensa-o como "uma meada, um conjunto multilinear composto por linhas de natureza diferente". No dispositivo as linhas não delimitam ou envolvem processos homogêneos por sua própria conta, como o sujeito, o objeto, a linguagem etc., mas "traçam linhas que estão sempre em desequilíbrio e que ora se aproximam, ora se afastam uma das outras" (DELEUZE, 1996, p. 83).

Guiados pelas trilhas abertas por Foucault (1975), Deleuze (1996) e Barros (1997) compreendemos o dispositivo por sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra impedido de criação, de expansão, de diferenciação. Cabe ao dispositivo criar tensão, movimentar, mexer, deslocar para outro lugar, desfazer códigos, compor-se a partir de múltiplas conexões e, ao mesmo tempo, gerar outras tantas conexões. Essas funções imanentes ao dispositivo de saída não estão dadas, tornando-se necessário dispará-las, construí-las, ou seja, pô-las a funcionar. Pensar o exercício clínico-político da supervisão nos convoca considerar tanto os elementos heterogêneos de que esse dispositivo é composto quanto os seus efeitos em termos de processos de produção de subjetividade e de produção de saúde. No campo atual da saúde pública, devemos pensar o dispositivo da supervisão clínico-institucional a partir da noção de apoio institucional.

A partir das contribuições de Campos (2000), tomamos o apoio institucional como dispositivo de ampliação da capacidade de reflexão, de entendimento e de análise dos coletivos, ajudando não só a qualificar sua própria intervenção, mas, sobretudo, aumentando sua capacidade de produzir saúde (BRASIL, 2008). Dessa maneira, o apoio institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes, visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e de contratos; 4) agir com os coletivos, interferindo em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (OLIVEIRA, 2011).

Analisamos dois dispositivos concretos: 1) a supervisão de equipe enquanto rede de trabalhadores do Caps e 2) a supervisão de território enquanto rede de trabalhadores dos equipamentos de saúde coletiva e dos equipamentos intersetoriais implicados com a produção de cuidado e de gestão desse mesmo cuidado no território.

A supervisão do Caps acontecia às terças-feiras das 9h30min às 12h30min. Estavam presentes nesse dispositivo a direção do Caps, a coordenação clínica, todos os trabalhadores do serviço, incluindo a cozinheira, as merendeiras, os profissionais de serviços gerais e os da vigilância. O processo de supervisão do Caps desdobrou-se a partir de três linhas de ação: planejamento dos processos de trabalho, análise permanente dos processos de trabalho e a discussão e construção coletiva dos casos clínicos.

A supervisão do território normalmente acontecia às quartas-feiras das 13h30min às 16h30min. Participaram deste dispositivo os equipamentos de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da família, ambulatórios, emergência psiquiátrica, hospital psiquiátrico etc.) e os equipamentos da rede intersetorial (Cras, Coordenadorias Regionais de Educação – Cres, diretores de escolas do território, Associação de Moradores, Lonas Culturais, Conselho Distrital, Fórum Judiciário etc). A supervisão do território foi um dispositivo de discussão coletiva dos impasses e das dificuldades experimentados no atendimento de casos clínicos encarados como de difícil resolutividade no território.

Composição dos conceitos-ferramenta: a concepção de rede

Gilles Deleuze e Félix Guattari em *Mil platôs* (1995) afirmam o conceito de rede a partir do primado ontológico da linha de força sobre a forma constituída, fazendo operar o primado da relação ou da conexão sobre a forma instituída. A fim de efetuar os desafios que essa ontologia convoca, tais autores tomam de empréstimo a botânica o termo rizoma que

define sistemas e caules subterrâneos de plantas flexíveis que dão brotos e raízes adventícias em sua parte inferior.

Para esses autores, um rizoma é composto por conexão de linhas de segmentaridade dura, linhas de segmentação maleável e linhas de fuga, diferentes linhas que atravessam tanto os grupos, os indivíduos, quanto as sociedades, compondo nosso mapa individual, grupal ou coletivo. Tais linhas transformam-se e penetram-se umas nas outras, formando um rizoma que se estende como um mapa aberto a ser traçado o tempo todo. É nesse sentido que descrever a dimensão rizomática da realidade nos leva a traçar cartografias. A cartografia é o método de acompanhamento dos processos de conexão que engendram dada realidade.

Passos e Barros (2004), ao definirem a dimensão pública e coletiva das redes no contemporâneo, ressaltam o sentido ambíguo e paradoxal de seu funcionamento. Deve-se compreender que tais redes comportam, ao mesmo tempo, abertura, deixando escapar linhas de fuga criadoras de novas formas de existência, ou fechamento, capturando a potência de diferir da vida. O fechamento gera modos de experimentar a realidade em que o produto se separa de seu processo de produção. A dinâmica em rede caracteriza-se por esse paradoxo, por essa ambivalência, porque comporta tanto um funcionamento quente quanto um funcionamento frio.

É importante ressaltar que a dinâmica da rede se torna quente quando opera por conectividade ascendente e expansão sem hierarquia, criando efeitos transversais. Em outras palavras, a rede quente afirma a experiência do coletivo como constituinte de novas formas de existência, gerando efeitos de diferenciação da vida. Esse plano de produção heterogenético cria uma política de resistência aos efeitos de serialização, de homogeinização e de autoritarismo característicos do capitalismo contemporâneo.

Há uma tendência ao movimento de esfriamento da rede quando identificamos, cartograficamente, em sua dinâmica, a preponderância de linhas duras ou segmentares compostas de nós que funcionam como concentrados de poder. O movimento de esfriamento da rede está relacionado com a função desempenhada por seus nós. Quando os nós da rede exercem a função de concentrados de poder tendem a se transformarem em autorreferentes, passando a reproduzir seu próprio lugar em uma conectividade descendente, hierárquica, vertical e fechada. Nesse caso, o cargo de direção de um Caps, por exemplo, pode coincidir e colar com a função de direção, tornando-se indistintos e inseparáveis, de tal maneira que aquele que ocupa o cargo tende a concentrar em si toda a função de direção, comprometendo o protagonismo e a corresponsabildiade dos integrantes da equipe. A concentração de poder em um nó da rede compromete o grau de abertura transversal do grupo. A transversalidade do grupo é o que garante, segundo

Guattari (2004), uma posição sujeito ou uma posição assujeitada nessa mesma rede. Dessa forma, os concentrados de poder esfriam a rede à medida que diminuem o grau de abertura transversal, produzindo efeitos de assujeitamento em seus integrantes.

Definimos transversalidade como o aumento do grau de abertura comunicacional quando os sujeitos rompem o padrão organizacional tradicional verticalizado e hierarquizado da comunicação nas instituições. Dessa maneira, tornam-se agentes ativos de transformação e de uma conectividade que não para de ser desfeita, feita e refeita ao intensificar as alianças, as relações e os processos de diferenciação que ativam o campo de forças de que a realidade é constituída (GUATTARI, 2004).

Em sua versão fria, a rede de saúde pode ser constituída de concentrados de poder que impedem tanto o manejo distribuído das funções de gestão, quanto à abertura transversal intra e intergrupos, comprometendo as construções e as pactuações coletivas. Quando detectamos a predominância desse funcionamento concentracionário de poder, há indícios de que essa rede esteja esfriando.

Outro vetor que nos parece importante ressaltar frente ao movimento de esfriamento da rede diz respeito a uma relação de distinção e de separação entre os nós da rede, de maneira que se pressupõem entre eles efeitos de verticalização, de hierarquização, de oposição, de dicotomização, ou efeitos de homogeinização, de serialização e de assujeitamento. A título de exemplo, pode-se citar a relação de distinção e de separação entre as funções de atenção e de gestão na Rede de Atenção Psicossocial, comprometendo o grau de transversalidade grupal. Nesse caso, vê-se que, se de um lado os diferentes se separam hierarquicamente, gerando uma relação de oposição e dicotomia entre atenção e gestão, do outro lado os iguais se colam formando blocos sintomáticos de corporativismo, que indicam uma posição assujeitada dos trabalhadores e dos gestores na Rede de Atenção Psicossocial.

Convém ressaltar novamente que a relação de hierarquização, de autoritarismo, de homogeneização, de serialização e de assujeitamento dos trabalhadores e dos usuários são efeitos-subjetividade produzidos por concentrados de poder que operam localizando o poder como se ele fosse algo que se detivesse nas próprias mãos, tornando-o privado, obscurecendo, dessa forma, o exercício de sua circulação presente nas relações de força intra e intergrupos.

Para melhor pensar a concepção de rede com que estamos trabalhando, é importante distinguir as diversas dimensões da Rede de Atenção Psicossocial.

A dimensão funcional da Rede de Atenção Psicossocial

Definimos como funcional a dimensão que descreve o funcionamento e a articulação do sistema de saúde. À medida que a assistência à saúde é expandida surge uma preocupação não apenas com o estabelecimento dos serviços, mas, sobretudo, com o modo como os serviços se articulam executando ações de saúde. Nesse contexto, a rede é compreendida não somente como um mero conjunto de serviços de características semelhantes e bem distribuídos espacialmente, mas, sobretudo, como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem compor um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização.

A dimensão afetiva da Rede de Atenção Psicossocial

A dimensão afetiva de uma rede diz respeito ao grau de abertura relacional entre os seus nós constituintes. Em outras palavras, uma rede caracteriza-se pelo grau de abertura de seus componentes (os nós da rede) para ser afetado e afetar, constituindo um sistema de conversações produtoras de territórios existenciais tanto para os usuários quanto para os trabalhadores e os gestores dos serviços (TEIXEIRA, 2003). O acolhimento dialogado é proposto como uma conversa que pode ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, em qualquer dos encontros, que funcionem como nós da rede de conversações composta pelos serviços de saúde, pelos trabalhadores e pelos usuários. As conversações formam extensas redes de trabalho cuja matéria-prima é de afetos. Seguindo as indicações de Teixeira (2005), nomeamos como rede de produção de afetos os sistemas transversais de conversações que funcionam conectando, aumentando as possibilidades de agenciamento e composição de forças entre usuários, trabalhadores, gestores, supervisores, agentes comunitários de saúde, pesquisadores e diferentes profissionais da saúde.

A dimensão intensiva da Rede de Atenção Psicossocial

A dimensão intensiva de uma rede diz respeito aos movimentos de diferenciação contínua, resultado das comunicações transversais que se dão entre elementos heterogêneos. Em outras palavras, uma rede entra em processo de diferenciação de acordo com os elementos que entram em conexão e com o grau de abertura para ser afetado e afetar. A dimensão intensiva é responsável pelos movimentos de transformação e de criação de novas realidades na/da rede.

A dimensão pública da Rede de Atenção Psicossocial

Definimos a dimensão pública da política de saúde como aquela construída a partir da experiência concreta dos coletivos implicados nas práticas de produção de saúde. Essa dimensão política da rede de saúde está relacionada com o Estado, embora não seja

redutível a ele. A ciência de governar o Estado é apenas um dos modos de expressão da política. Se ampliarmos o sentido de política pública, não o restringindo mais ao domínio específico das práticas mediadas pelo Estado, é porque nos interessa pensar as relações de poder que põem os sujeitos em relação, articulando-os, fazendo-os constituir mundos e, ao mesmo tempo, constituindo um tecido existencial para eles (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Alterações da experiência coletiva podem gerar políticas públicas malgrado o centripetismo característico da máquina do Estado que tende a interiorizar o movimento das forças que emanam do coletivo. Entendemos que as políticas públicas estão encarnadas nas experiências dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores que se transformam em consonância com a alteração das práticas de atenção e de gestão. Significa dizer que uma mudança nos processos de produção de saúde requer também transformação nos processos de subjetivação. Transformar os modos de cuidar em um serviço de saúde exige que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para isso, são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento, nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão e de grupalização.

A dimensão criativa da Rede de Atenção Psicossocial

A dimensão criativa constitui-se a partir de uma perspectiva estético-ético-política do processo em rede de produção de saúde. A perspectiva estética é a que identifica nas redes de saúde seus movimentos de produção de campos de virtualidades, isto é, novos sentidos e formas de vida. A perspectiva ética ressalta a abertura à experimentação, pois uma rede pode se caracterizar por uma maior ou menor disposição a experimentar novas formas de fazer, pensar e sentir nas relações que se estabelecem entre os sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Não cabe julgar com valores morais os mundos que se cria, mas acompanhar cuidadosamente o quanto de vida consegue passagem e expressão nesses mundos que são produzidos nas redes de saúde. Aqui a ética não se orienta por valores morais, mas sim por um *ethos* de acolhimento aos movimentos de criação. Por fim, a dimensão criativa das redes de saúde diz respeito à mudança das instituições e dos grupos. Tal alteração das relações entre os sujeitos e as instituições indica a perspectiva política do processo de produção de saúde.

O dispositivo da supervisão

Um de nós experimentou a função de supervisora clínico-institucional de uma AP do RJ durante três anos e quatro meses, ao mesmo tempo em que efetuou a pesquisa de campo nesse mesmo território. O desafio de superar a distância entre o pesquisador e o trabalhador de saúde, entre o sujeito e o objeto do conhecimento, forçou-nos a afirmar o

caráter de intervenção da pesquisa. A pesquisa-intervenção é uma das pistas do método da cartografia (PASSOS; BARROS, 2009), e que nos orientou a pensar a produção de conhecimento acerca do dispositivo de supervisão como um trabalho não só de descrever, mas também de intervir e acompanhar os efeitos-subjetividade que adivinham ao longo do percurso da investigação. A pesquisa-intervenção forjou uma desestabilização daquilo que nos territórios existenciais comparecia cristalizado, endurecido, fechado. Tomamos a supervisão do Caps e a supervisão de território como dispositivos concretos de intervenção e de acompanhamento dos efeitos transversais produzidos na Rede de **Atenção Psicossocial** do território. Não bastava pô-los a funcionar, mas, sobretudo, acompanhar cada vez mais seus efeitos.

Coube ao supervisor acompanhar os movimentos da rede de saúde, atento às desestabilizações das linhas totalitárias presentes. As linhas duras foram aos poucos liberando passagem às forças que habitavam a rede de saúde. Tínhamos o desafio de criar abertura a uma comunicação transversal para liberar as linhas de conectividade intra e intergrupos nos serviços e nas outras esferas do sistema em múltiplas direções e múltiplos sentidos. A aposta na participação, bem como na inclusão dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, e a ênfase na conectividade da rede foram diretrizes metodológicas que nos guiaram nessa pesquisa-intervenção.

Inicialmente, a experiência de supervisão do Caps colocou-nos em contato com uma sensação de dispersão coletiva que incomodava. As situações que atravessavam a discussão coletiva dos casos de usuários do Caps compareciam em um regime de urgência que nos impedia de escutá-las, pausá-las. Era preciso evitar o apelo a soluções imediatas e milagrosas, a fim de formular problemas, criando pactuações sempre coletivas e provisórias. O Caps atendia a um grande contingente de usuários da policlínica. Esse atendimento ocupava os trabalhadores com demandas de diversas naturezas, comprometendo a criação e a organização dos processos de cuidado. Percebíamos que a equipe do Caps ficava sobrecarregada, pulverizando o cuidado desenvolvido, levando-os a produzir pouco ou quase nenhum impacto no território.

Era curioso o modo como os trabalhadores do Caps lidavam com a experiência de crise dos usuários naquele serviço. Acreditava-se que a crise tinha como espaço de cuidado privilegiado o hospital psiquiátrico. A comunicação transversal interna e externa dava sinais de esfriamento e de estagnação diante das situações de crise.

A discussão e a construção coletiva sobre os casos fizeram aparecer o funcionamento da Rede de **Atenção Psicossocial** como "um caso" a ser também posto em análise. Tínhamos o duplo desafio de, por um lado, discutir os casos trazidos pelos trabalhadores da Rede de **Atenção Psicossocial** e, por outro, por em análise o funcionamento da Rede

de **Atenção Psicossocial** como um caso também a ser cuidado, por mais difícil que essa aposta pudesse nos parecer.

Investimos na produção de uma comunicação transversal e intensiva traçada a partir de alianças entre a atenção e a gestão nos diversos níveis da rede, criando abertura para a emergência de outros sentidos, ou seja, outras dimensões da rede para além da dimensão funcional.

A experiência de supervisão do território também teve um início difícil, levando-nos a experimentar afetos paradoxais. As expressões sisudas estampadas nas feições dos trabalhadores e dos gestores anunciavam quase sempre a iminência de um duro combate. Em muitos momentos entramos em contato com acusações, ataques, julgamentos, hostilidades, culpabilizações, desrespeito, disputa pelo poder, antagonismo. A dificuldade de obtermos informação da prática em saúde mental da policlínica foi potente analisador que nos levou a uma aproximação dos processos de cuidado e de gestão daquele serviço.

Não existia na policlínica abertura para discussão e construção coletiva dos casos, nem havia um momento na equipe de saúde mental em que pudesse pensar o funcionamento dos processos de trabalho. Isso gerava uma série de mal entendidos envolvendo os usuários, os trabalhadores, a gestão do serviço e os demais equipamentos do território. Os usuários com quadro de maior gravidade, na maioria das vezes, não chegavam a ser acolhidos. Já aqueles que eram acolhidos pelo serviço experimentavam, como única possibilidade de tratamento, a manutenção da mesma receita médica há vários anos. Havia pouca valorização do trabalho com grupos, faltando espaço físico para o trabalho clínico-grupal.

Após um estudo de dois meses sobre o perfil da clientela atendida e os modos de cuidado ofertados pela policlínica aos usuários acolhidos pela área de saúde mental, constatou-se que 65,72% dos atendimentos eram feitos a mulheres com idade entre 20 e 49 anos que possuíam diagnósticos de ansiedade generalizada. Tais usuárias faziam uso de benzodiazepínicos e ansiolíticos como única possibilidade de tratamento. Verificou-se que 23,28% dos atendimentos que eram realizados a quadros crônicos de psicose tinham como única oferta de tratamento a manutenção da mesma receita há vários anos. Detectou-se também que 25,72% dos atendimentos eram realizados a usuários dependentes de substâncias psicoativas, mais precisamente cocaína e crack. Constatou-se que 29% dos usuários que davam entrada na internação no Instituto Psiquiátrico da AP pertenciam ao território do Caps e da policlínica. Esses dados funcionaram como indicadores clínicos e importantes analisadores do cuidado no território.

Compreendíamos, a partir desse estudo, que não bastava apenas contratar mais psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, para enfrentar a dificuldade de acesso naquele serviço. Era necessário transformar também as formas de

cuidado e a gestão dos processos de cuidado. Após discussões de equipes que passaram a compor a rotina do serviço, iniciamos uma experiência com dois grupos de recepção no acolhimento de primeira vez dos usuários. Esses grupos tinham a possibilidade de acolher até 12 usuários por encontro, que aconteciam duas vezes por semana. O primeiro grupo foi composto de uma psiquiatra e dois psicólogos, e o segundo composto de um psiquiatra, uma psicóloga, uma enfermeira e um estagiário de psicologia. Essa experiência operou uma abertura transversal que permitiu a construção de alianças entre trabalhadores e a direção, possibilitou parcerias de trabalho entre trabalhadores que jamais tinham trocado uma única palavra, dinamizou o processo de acolhimento dos usuários que dormiam na fila sem, muitas vezes, conseguir atendimento.

O planejamento coletivo dos processos de trabalho, sua análise permanente e a discussão e construção coletiva dos casos desafiou-nos a experimentar novos modos de cuidar construídos e geridos coletivamente. Surgiu o atendimento de acupuntura realizado pela enfermeira acupunturista. A Psicologia e a Psiquiatria constituíram juntos grupos cujo objetivo era a desmedicalização de usuários que faziam uso de benzodiazepínicos e outros ansiolíticos por longa data. A fisioterapia construiu grupos com usuários crônicos que tinham dificuldades de locomoção.

Conclusão

Iniciamos esta pesquisa interessados em problematizar efeitos transversais da supervisão clínico-institucional do Caps e do seu território. A supervisão de território foi uma aposta ética que operou na zona limiar entre saúde mental e saúde coletiva, entre a clínica e a política, entre a atenção e a gestão, entre a supervisão e a pesquisa, entre a macro e a micropolítica, entre produção de saúde e a produção de subjetividade articulando uma rede transversal de conversações.

A supervisão como dispositivo transversalizante do cuidado e da gestão do cuidado exigiu uma aposta em uma dupla direção: 1) ativando o sistema de regulação, ou seja, a rede de serviços em sua dinâmica acêntrica, funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa; 2) ativando a rede de usuários, de trabalhadores e de gestores que constroem coletivamente o cuidado e a gestão do cuidado no território. São estes processos de interação entre usuários, trabalhadores, gestores e serviços e destes com outros movimentos e políticas intersetoriais que fazem com que as redes de atenção psicossocial experimentem movimentos de produção de saúde e produção de subjetividade em um regime de coemergência em dado território.

A supervisão foi um dispositivo articulador que fez operar uma rede transversal amplificadora de conectividade. Do cuidado ativado na Rede de Atenção Psicossocial, acompanhamos sua transversalização pela rede de saúde coletiva e pela rede intersetorial.

Referências

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. E. et al. (Org.). **Saúde e loucura**: subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997.

______. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 9, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: **O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja, 1996. (Coleção Passagens).

______; GUATTARI F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1975.

______. Sobre a História da sexualidade. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GALLETI, M. C. **Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo**: trajetória de uma saúde poética na cidade de São Paulo. 2007. Tese (Doutorado) – Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1998.

______. **Psicanálise e transversalidade**: ensaios de análise institucional. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

KASTRUP, V.; BENEVIDES, R. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pista do método da Cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 76-91.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2011.

OLIVEIRA, J. A. M. **O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços substitutivos de saúde mental no Estado de Sergipe**: um problema clínico-político. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, 2006.

______; PASSOS, E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico político. **Revista Vivência**, Natal, p. 250-275, 2007.

PASSOS, E; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: ______ ; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pista do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

______ ; ______. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 150-171, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 49-61.

______. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para emergência de uma outra concepção de público. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, 2005.

Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise[1]

Luana da Silveira[2]

Mônica de Oliveira Nunes[3]

[1] O texto foi publicado originalmente na Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 3, n. 1 , 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2147 >.

[2] UERJ (psicóloga – Unisc, especialista e mestre em saúde coletiva – ISC/UFBA, doutoranda em Psicologia Social – UERJ, consultora HumanizaSus–MS). *E-mail*: <luanadasilveira76@gmail.com>.

[3] ISC/UFBA (médica, mestre – UFBA, Ph.D – Universidade de Montreal). *E-mail*: <nunesm@ufba.br>.

Resumo

Este estudo coloca em análise modos de subjetivação da loucura, por intermédio das experiências dos usuários de um Caps, nas religiões pentecostais, identificando possíveis articulações entre estas instituições. Trata-se de um estudo qualitativo, com o referencial da Análise Institucional e da Etnografia, realizado com quatro usuários filiados às igrejas pentecostais, seus familiares e equipe técnica do Caps. Acredita-se que a relação entre o Caps e a religião se situa em um campo de forças, enquanto modos de produzir saberes e fazeres sobre a loucura, sobre e com o louco. Esta tensão parece se acentuar na relação com determinadas religiões, como as pentecostais, que concebem a loucura como possessão demoníaca, mobilizando rituais de exorcismo. Paradoxalmente, constatou-se a existência de uma lógica manicomial que perpassa as instituições, que produz subjetividades manicomiais, assim como se constatou que essas instituições também promovem inclusão social e produção de novos sentidos para a experiência da loucura.

Palavras-chave:

Humanização. Loucura. Modos de subjetivação. Caps. Religião pentecostal.

Introdução

O presente trabalho propõe-se a apresentar a pesquisa de mestrado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, realizada entre 2006 e 2008 em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), de um município da Bahia (SILVEIRA, 2008).

Parte-se do entendimento de que os Caps devem operar sob a lógica da invenção, propondo novos discursos e práticas *sobre* a loucura, *com* a loucura e *com* o *louco*, em consonância com os pressupostos ético-estético-políticos da Reforma Psiquiátrica (RP), engendrada pelo Movimento da Luta Antimanicomial, que primam pela desinstitucionalização e pela inclusão social.

Assim, os Caps precisam ser articuladores de uma rede de cuidado, produzindo interferências no cotidiano, no território, onde são mais potentes. Mas não basta abrir as portas, tirar as grades, habitar a cidade se as subjetividades manicomiais, que se apropriam e devoram a loucura, penetram a vida ao ar livre, aniquilando-a.

Com a territorialização dos Caps, questões referentes à religião, à sexualidade, à violência entre outras, exigem sua inclusão nas ações desenvolvidas, engendrando diversos desafios. O que amplia o escopo tradicional da clínica, fazendo-a extrapolar os muros que obstruem a produção desejante da loucura.

Estes desafios estiveram presentes na experiência da autora enquanto psicóloga do Caps II,[4] onde o tema da religião, sobretudo a evangélica, era trazido pelos usuários e familiares como referência ao modo como compreendiam a vida, o sofrimento e enfrentavam as questões cotidianas. Chamou a atenção a frequência do pronunciamento de frases como: "*Jesus Te Ama", "Jesus Me Ama, não é qualquer um", "Só Jesus Salva", "O Senhor é meu pastor, e nada me faltará", "Deus tem um plano especial pra mim", "Se for da vontade de Deus...*", em referência clara à relação com o divino e à explicitação de princípios do evangelho, invocando um *Deus Amor, Salvador, Curador, Infalível* e *Todo Poderoso*. Também era comum ouvir referências às atividades religiosas em diversas igrejas enquanto modos de sociabilidade.

O que surpreendia eram as referências aos costumes tradicionais impostos por determinadas religiões, que incitavam comportamentos morais e também rechaçavam modos de vida que não se enquadram nos preceitos religiosos. Ademais, o perfil proselitista do evangélico e o posicionamento de combate às religiões espiritualistas, especialmente as afro-brasileiras, bem como a compreensão da loucura enquanto possessão demoníaca, cujo mal teria que ser expulso, provocavam alguns desassossegos, pois iam de encontro aos princípios ético-estéticos e políticos que entendem a loucura como diferença que deve ser afirmada pelo seu caráter disruptivo.

[4] De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os Caps se dividem em: Caps I – população entre 20 mil e 70 mil habitantes; Caps II – população entre 70 mil e 200 mil habitantes, ambos com atendimento de segunda a sexta, das 8h às 18h; Caps III – população acima de 200 mil habitantes, com funcionamento 24 horas, inclusive em feriados e fins de semana; Caps i – atendimento a crianças e adolescentes; e Caps ad – atendimento à usuários de álcool e outras drogas.

À *surpresa* e ao *desassossego*, agregavam-se a *curiosidade* e o *interesse* em conhecer outras referências à religião que causavam *estranhamento*, principalmente sobre a possessão, o exorcismo, a glossolalia, a profecia e o louvor. Afetos que também eram mobilizados ao ouvir palavras como *Demônio, Diabo, Satanás, Inimigo*, enquanto representante de todos os males pessoais e sociais, encarnado no *doido, drogado, veado*, entre outros.

Assim, compreender a interface entre a saúde mental e a religião tornou-se imperativo, tanto pela importância da religião na vida dos usuários e dos familiares, como pelo reconhecimento da religião enquanto agência terapêutica e recurso comunitário, na ótica e na experiência destes sujeitos. Desse modo, este trabalho parte do pressuposto de que a relação entre Caps e religião situa-se em um campo de forças, podendo reproduzir tensões históricas entre a ciência e a religião como modos de produzir saberes, fazeres sobre a loucura e sobre o louco. Esta tensão parece se acentuar na relação com determinadas religiões, como as pentecostais, que concebem a loucura como possessão demoníaca, o que mobiliza rituais para "expulsão do mal" (ANDRADE, 2002; RABELO, 1993; ANTONIAZZI et al., 1994).

Para tanto, recortou-se como objeto de estudo modos de subjetivação da loucura por intermédio das experiências religiosas dos usuários de um Caps II nas religiões pentecostais. A escolha do pentecostalismo[5] reside no seu reconhecimento como fenômeno contemporâneo emergente. Em poucas décadas as igrejas pentecostais alcançaram um contingente de adeptos, no Brasil, estimado entre 15 e 25 milhões de pessoas, migrados, predominantemente, do catolicismo (ESPINHEIRA, 2005). Também se observou que muitos usuários buscavam estas igrejas porque elas oferecem possibilidades de atendimento às questões práticas do cotidiano, desde a proposta de cura de doenças até soluções para problemas econômico-financeiros e emocionais.

Alguns questionamentos perpassaram este estudo: o Caps reproduz a tensão entre ciência e religião? Desconsidera a dimensão da religiosidade e a filiação a religiões como importantes no cuidado? A religião é considerada como recurso terapêutico/comunitário? Quais são os modos de subjetivação engendrados em suas práticas? Os espaços religiosos pentecostais vão de encontro aos pressupostos da luta antimanicomial? Traduzem-se como espaços importantes para a construção de sentido da vida e para a compreensão do mundo? Contribuem para a estruturação de práticas cotidianas, promovendo suporte social? Favorecem a produção de novos sentidos à experiência da loucura? Configuram-se como modos de cuidado para as pessoas com sofrimento psíquico? Que subjetividades são produzidas nos interstícios destas instituições?

A análise situa-se no campo da produção de subjetividade, constituído por um movimento ininterrupto, gerador de expectativa, aberta ao devir (GUATTARI; ROLNIK, 2000). Assim,

[5] Tem como características a manifestação de um Deus vivo, privilégio da experiência religiosa individual, capaz de engendrar visões, profecias, glossolalia (falar em línguas estranhas) e a inspiração, por meio do exercício dos dons do Espírito Santo. As seguintes igrejas fazem parte do Pentecostalismo: Congregação Cristã (1910), Assembléia de Deus (1911), Igreja do Evangelho Quadrangular (1951), O Brasil para Cristo (1955), Deus é Amor (1962). Já as igrejas que foram fundadas a partir das últimas décadas, as neopentecostais, são constituídas pela Igreja Evangélica Pentecostal Cristã (chamada também Igreja Bom Jesus dos Milagres), Igreja Rosa Mística, Igreja Universal do Reino de Deus (1977), Igreja Internacional da Graça (1974), Igreja Casa da Bênção (1974), entre outras (ANDRADE, 2003).

colocam-se em análise modos de subjetivação da loucura por meio das experiências dos usuários do Caps nas religiões pentecostais e como essas experiências são articuladas entre o serviço e estas religiões.

A contribuição deste estudo reside na análise micropolítica construída por estratégias voltadas para a produção de subjetividade, que se expressam no cotidiano dos serviços, transversalizadas com as macropolíticas, que se expressam muitas vezes em forma de decretos e portarias e de estratégias de conscientização, que não garantem, isoladamente, que novos modos de lidar com a loucura e com o louco possam se produzir. Estes planos se movimentam, atravessam-se, são fluidos "são dois modos de recortar a realidade, são dimensões indissociáveis que, apesar de terem seus modos próprios de funcionamento, se infiltram uma na outra" (NEVES; JOSEPHSON, 2001, p.105).

Não basta imprimir modos de operar com a loucura no território, se as mentalidades manicomiais predominam nestas instituições. Precisamos de políticas de contágio "acolhendo sua alteridade, abrindo portas em todos os sentidos e desobstruindo a produção desejante" (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p. 47).

Modos de caminhar e produzir encontros

A partir do referencial da Análise Institucional (AI), esta pesquisa se delineou como um estudo qualitativo com enfoque etnográfico, realizado em um Caps II na Bahia, como um estudo de caso.

As políticas públicas, muitas vezes, partem da premissa de necessidades universais, inequívocas e naturais das instituições sociais. A AI, em contrapartida, considera que as necessidades são forjadas historicamente, produzidas dentro de um contexto onde devem ser problematizadas. Diferencia o conceito de instituição como estabelecimento (Caps/igreja) do conceito de instituição como práticas sociais historicamente produzidas e tornadas naturais por um efeito de esquecimento das práticas de poder/saber (instituição loucura/instituição religião).

A etnografia, por sua vez, propõe-se a *tornar familiar o estranho*, e *estranhar o familiar*, em um jogo incessante de aproximação e de distanciamento para o conhecimento de uma dada realidade. O etnógrafo deve, então, imergir no universo do grupo ou da cultura pesquisada.

A perspectiva da pesquisa foi de se deixar afetar pelo estranhamento, por intermédio da produção e da afirmação de diferenças, marcadas pela interferência no processo.

Para tanto, foi realizada a observação participante[6] dos modos de operar no Caps, sobretudo analisando discursos acerca da religião, especialmente as pentecostais, permitindo instalar-se nos interstícios das práticas, dos discursos não oficiais e das experiências cotidianas.

Foram realizadas entrevistas com quatro usuários do Caps com diagnóstico de psicose, sem[7] crise no momento da pesquisa, fiéis pentecostais, que foram acompanhados individualmente ou em grupo pela autora quando era psicóloga do serviço, sendo selecionados em discussão com a equipe do serviço; entrevistas com os familiares destes usuários e entrevistas com técnicos do Caps. As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro semiestruturado, tendo como questões básicas para investigação o itinerário terapêutico e religioso e seus sentidos para a compreensão do seu sofrimento psíquico, modos de subjetivação da loucura, modos de entendimento dos familiares e dos técnicos sobre seu envolvimento religioso e as possibilidades de articulação de práticas. Todas as entrevistas foram realizadas no Caps, em dias que os usuários tinham atividades previstas, ou foram convidados a comparecer especialmente para participar da pesquisa. O mesmo aconteceu com seus familiares, sendo que foram entrevistados membros da família de três usuários, de um deles foi possível entrevistar apenas um membro de sua rede afetiva.

Os dados produzidos, por intermédio das entrevistas com os familiares, foram articulados com os dados produzidos a partir das entrevistas com os usuários, possibilitando a análise de discursos que se encontram e se separam por meio de distintas interpretações sobre a experiência do sofrimento, os cuidados terapêuticos e as experiências religiosas. As entrevistas com os usuários foram realizadas em dois momentos diferentes, com intervalos de seis meses, a fim de acompanhar o itinerário terapêutico e religioso.

Realizou-se também grupo focal com os técnicos do Caps, permitindo a produção de informações relevantes sobre os temas, possibilitando capturar discursos e os modos de produção deles, observação da interação e das relações de conflito e de poder.

A análise documental foi outro procedimento utilizado, buscando compreender como são elaborados os projetos terapêuticos singulares, identificando discursos presentes em prontuários, registros de atividades, entre outros.

Vidas cruzadas

Enredada por diversos *nós*, a trama das histórias compartilhadas engendra encontros e desencontros, de experiências atravessadas por alegrias, tristezas, medos, desejos, dúvidas, ousadias, realidades e delírios, que se mesclam em um emaranhado de estranhamentos, de desestabilizações, de ambiguidades, de rupturas e de linhas de fuga. Buscando transversalizar as experiências, os sentidos e os modos de subjetivação, os dados produzidos foram discutidos em três eixos analíticos:

[6] A observação participante nos cultos e nas práticas das igrejas pentecostais frequentadas pelos usuários do estudo foi pensada como estratégia metodológica, mas não foi possível devido a curta duração do mestrado.

[7] Gostaria de registrar o profundo incômodo e discordância com o fato de ter que selecionar usuários "sem crise", como orientação ética das pesquisas em saúde, por entender que a crise é um momento que explode toda uma configuração coletiva, de uma riqueza ímpar...

1. Modos de subjetivação da loucura.
2. Modos de subjetivação da religião.
3. Modos de cuidado: limites e possibilidades de articulação do Caps com o espaço religioso pentecostal.

Colocar em análise as instituições implica no reconhecimento de seus fluxos capturados e em curso que movimentam e/ou a conservam, identificando e fazendo eclodir crises, emergência dos analisadores, permitindo analisar as transversalidades e as implicações. A análise das implicações busca dar visibilidade às relações dos participantes, incluindo o próprio pesquisador, com as instituições que se atualizam na intervenção. Assim, transversalizar as análises reside em iluminar as instituições atravessadas nas práticas.

Modos de subjetivação da loucura – como dizer o indizível

Para começar há que se destacar que *a palavra loucura não aparece nos discursos* como um modo de entendimento da experiência disruptiva do sofrimento psíquico. Tal ausência aponta para a negativização do sentido da loucura, marcada por preconceito e estigma, constituindo-se como analisador do emudecimento da loucura, que foi rechaçada como fonte de alguma verdade em um processo iniciado no século XVII, com contraposição entre razão e desrazão. Os loucos emudecidos e excluídos têm sido, deste então, os representantes da escória da humanidade, como um mal a ser banido/curado (PELBART, 2001; BIRMAN, 2002; FOUCAULT, 2005).

Loucura interditada – em seu lugar aparece a *depressão* no discurso de todos os usuários entrevistados. Neste sentido, a justificativa que uma das entrevistadas encontra para denominar seu sofrimento psíquico como depressão "eu falo só na depressão, depressão todo mundo tem, né?" (sic) sintetiza o modo como esse sofrimento aparece na contemporaneidade, denotando a proliferação do mal-estar por um lado e, por outro, uma psicopatologização da vida.

Entretanto, o sentido da depressão também evidencia uma maior aceitação social, pois como foi apontado: "até mesmo Jesus Cristo teve depressão no momento em que se sentiu desamparado" (sic).

É interessante ressaltar que se trata de uma nova roupagem sobre o modo como tradicionalmente as classes populares significam a loucura como "doença dos nervos". Outro analisador é o significado da loucura como *psicose não identificada*, que não apareceu nas entrevistas e nas conversas com os técnicos, mas pôde ser identificado nos prontuários, como diagnóstico de três sujeitos. Isso aponta para a complexidade e consequente dificuldade em enquadrar a loucura na classificação nosológica.

Todavia, os significados que emergem na maioria dos discursos são o *de doença psiquiátrica* e *transtorno mental*. Termos analisadores que corroboram com o modelo hegemônico que reduz a loucura à doença mental. (AMARANTE, 1995).

A loucura como doença também aparece no discurso de três usuários, "Eu estou consciente de que é um problema né, uma doença psiquiátrica (sic)". Apenas um dos entrevistados faz o contraponto "eu não tenho problema mental não. Problema né, como é que fala? Da mente desde nascença tenho não [...]. Problema da alma, problema de tristeza" (sic).

Para os familiares, mesclam-se os significados de *doença* e *problema espiritual*, menos para os filhos de uma das usuárias que relacionam o sentido de doença ao cotidiano e às relações familiares como geradora de sofrimento.

Outro modo de subjetivação da loucura é como *possessão demoníaca*. Embora o pentecostalismo enuncie a loucura desta forma, aparece significativamente apenas em dois casos. O modo de subjetivar a loucura não passa pelo significado da doença, mas como um problema espiritual, em que a *depressão* é vivida como uma intervenção demoníaca: "demônio coloca a tristeza na pessoa, as coisas, a doença na pessoa, quando ele vive até ao redor da pessoa" (sic); "o mal é o diabo que fica me falando" (sic).

Contudo, outra entrevistada coloca que mesmo no momento em que se sente atormentada pelos delírios persecutórios, não atribui à possessão demoníaca. "Mas o pessoal, esse pessoal evangélico é um pessoal diferente. É um pessoal diferente, eles invocam muito assim, diz muito, fala muito em demônio, essa coisa toda" (sic).

Para os familiares entrevistados, embora todos sejam pentecostais, esse significado não aparece, sendo um analisador que evidencia o modo como o significado hegemônico de doença atravessa a maneira de entendimento dos familiares e se sobrepõe a outros significados.

Os técnicos tecem críticas ao significado de possessão, sendo uma das principais divergências em relação às religiões pentecostais: "[...] algumas alucinações auditivas e visuais ser confundidas com uma questão muito demoníaca né, que isso é uma coisa, que isso não faz parte de um adoecimento mental, mas sim do inimigo né, que termina de uma certa forma atrapalhando o nosso trabalho" (sic).

Nesse eixo surpreendeu a ausência de categorias sobre a loucura, como diferença, desrazão, estranhamento, que afirmam a experiência da loucura. Trata-se de um analisador que aponta para a necessidade de direcionarmos nossos olhares "para os ideais que 'pairam' acima de nossas cabeças e ocupam nossa imaginação, como assombrações que nos exortam" (FONSECA, 2004, p. 32). E assim, acompanham-nos nas práticas de produção de saúde e

cuidado, oferecendo o risco de institucionalizar a loucura com novos dispositivos. Falamos dos *manicômios mentais* (PELBART, 2001), engendrados por um agenciamento coletivo do tipo "capitalístico" (GUATTARI; ROLNIK, 2000), tanto do ponto de vista epistemológico, assistencial e jurídico quanto cultural, que interrompe e obstrui a produção desejante da loucura.

Modos de subjetivação da religião

A presentificação da religião na vida dos quatro usuários mostra-se de modo significativo, evidenciando a matriz religiosa familiar e a inserção no espaço religioso desde a infância, sendo que dois sujeitos migraram do catolicismo para o pentecostalismo, enquanto que os outros dois são evangélicos desde a infância. Em todos os casos o itinerário religioso aparece, característica comum entre os pentecostais (ANDRADE, 2002).

Para dois sujeitos, a religião emerge como principal modo de subjetivar a loucura, aparecendo como *agência terapêutica*, pois oferece um idioma que propicia um ordenamento para a experiência disruptiva ao denominá-la como *possessão*, sendo um analisador.

A religião também propicia um ritual de cura, por intermédio do exorcismo, que consiste em expulsar o demônio por meio de orações e da imposição das mãos sobre o indivíduo que está possuído, como indica este relato:

Chamam as pessoas na frente pra orar [...] Começa a orar, impõe as mãos na cabeça é, coloca as mãos, vira, coloca as mãos pra cima, pra orar pra, expulsar, chamar pelo sangue de Jesus. Coloca a mão na cabeça da pessoa, ora e faz a oração "demônio, sai o demônio, manifesta! (sic).

A crença na cura denota que ela acontece à medida que o sujeito se liberta da possessão do demônio, enquanto representante do mal que o aflige, como pode ser visto: "*É o espírito do mal vai saindo da pessoa, a pessoa se liberta [...]. Libertação da alma. [...] É coloca a mão na cabeça pra expulsar o, os, expulsar o diabo [...]. Eu fecho os olhos, começo a orar. Eu caio no chão e aí o mal foi embora"* (sic).

Conforme Rabelo (1993), a importância dos cultos religiosos, enquanto agências terapêuticas das classes populares urbanas, tem sido amplamente reconhecida por meio da análise das diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretam a experiência da aflição e produzem mudanças no modo pelo qual o doente e a comunidade em que está inserido percebem o problema.

No entanto, outra entrevistada, que está há cerca de dois anos em uma igreja pentecostal renovada, não compartilha com o universo simbólico do ritual religioso de sua igreja, porque

provoca estranhamento e medo, mas também fascínio, uma vez que o ritual desta igreja difere significativamente da sua igreja de batismo, a Igreja Batista Tradicional. Para ela, a religião constitui-se como *rede social* que propicia a inclusão social, sendo, portanto, um analisador dos diversos sentidos da experiência religiosa. O que é reiterado pelos filhos, que migraram com ela para a Igreja Renovada no momento em que a Igreja Batista Tradicional falhou enquanto espaço de inclusão social e eles se sentiram forçados a mudar de igreja, tendo sido acolhidos em uma neopentecostal. Segundo Hulda Stadtler (2002) após a conversão para o pentecostalismo, as pessoas percebem-se diferentes, principalmente devido aos vínculos comunitários, aos sentimentos de pertinência, aos papéis desempenhados, às percepções do mundo para fora do grupo religioso.

Uma das entrevistadas, a única adepta de uma religião representante da primeira onda – a face tradicional do pentecostalismo, a religião apresenta um *modelo de e para a realidade*, incitando padrões morais de comportamento (GEERTZ, 1978). A religião, enquanto sistema simbólico, é pública e centrada no ator, que o usa para interpretar seu mundo e para agir de forma que também o reproduz. As interações sociais são baseadas em uma realidade simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui os significados, as instituições e as relações legitimadas pela sociedade.

É a gente orando, é bom, não é ruim não, melhor assim do que no mundo pra perdição né, não? Nas drogas igual muitos, que fica nas droga, é pior ainda. Melhor ir pra uma igreja assim, evangélica mesmo, de que no mundo, em outro mundo das drogas ou pintando os escambaus igual tem muitos (...) (sic).

Todavia, a religião para ela não se constitui como agência terapêutica. Embora aborde o espaço religioso como “um lugar para onde ir” nos momentos em que se sente sozinha, sua relação com a religião Congregação Cristã no Brasil é ambígua, uma vez que se sente discriminada pelos fiéis e apresenta dificuldades para se *enquadrar* dentro dos preceitos religiosos. Contudo, após a tentativa do suicídio, a busca da religião tem se dado como um modo de garantir a salvação, por meio do arrependimento e da fé, sendo estimulado pela família.

Embora os modos de subjetivar as experiências religiosas sejam diferentes, todos acreditam na Santíssima Trindade: Pai, Filho e Espírito Santo e procuram Deus no momento de aflição, revelando uma relação transcendental com o divino em que a religião se constitui como mediadora desta relação, assumindo importância em suas vidas. A crença em um *Deus Todo-Poderoso, Infalível, que Cura, que Salva e que Ama* perpassa o modo de lidar com a vida, com as situações de dor e aflição, sentindo-se amparados, protegidos e *perdoados*.

A recorrência à religião em momentos de sofrimento, de doença é comum em nossa sociedade e ocorre em muitas situações em que os modelos tradicionais de cuidado não

conseguem resolver todos os problemas demandados (RABELO, 1993; ESPINHEIRA, 2005; REDKO, 2004; VASCONCELOS, 2006; MONTERO, 1985; NUNES, 1999; DALGALARRONDO, 2006; ANDRADE, 2002; BALTAZAR, 2003; ANTONIAZZI et al., 1994). Ademais, as igrejas pentecostais oferecem um ritual mágico, com cantos, danças que expressam intensas emoções, o que mobiliza a adesão de fiéis, assim como a ênfase em dons – profecia e glossolalia, produzem encantamento e fascínio sobre as pessoas, como foi evidenciado em todos os casos.

Para os familiares entrevistados, a religião não aparece diretamente como agência terapêutica. Os filhos de uma das usuárias posicionam-se categoricamente, diferenciando os espaços terapêuticos dos religiosos, não vislumbrando possibilidades de que a religião possa produzir a cura, mas ressaltam o papel de rede social.

Eu acho que pode ajudar, mas não tratar. É porque na igreja você tá convivendo com outras pessoas né [...] isso pode ajudar bastante, mas curar assim, eu acho que, além disso, tem que ter o tratamento. A mesma coisa é você falar assim "tô com o braço quebrado, eu vou na igreja que eu vou curar". Acho que não tem nem lógica (sic).

Apesar da presença da temática da religião, sobretudo as evangélicas, no cotidiano do Caps, a perspectiva dos técnicos é de *negativização e negação* da experiência religiosa dos usuários, sendo um analisador. Tecem críticas ao modo como determinadas religiões oferecem um padrão rígido de comportamento moral, gerando conformismo, resignação e uma crença no determinismo. Ademais, apontam que a dificuldade maior é com as igrejas evangélicas.

Apesar de ter sido criada, e meus pais fazem parte da igreja católica, não frequentadores assiduamente, mas é, hoje em dia eu não frequento nenhum espaço religioso e devo confessar que tenho um pouco de resistência aos protestantes, a religião... Mas tenho trabalhado muito nisso por conta que a grande maioria dos usuários aqui do serviço são de religiões protestantes. [...] Por questões pessoais mesmo, acho que por não aceitar, por questionar diversas coisas, eu, são colocadas, diversos pensamentos que são colocados nessa religião... Então assim, é... Ultimamente eu tenho tido uma aproximação maior, mas até por boa parte da minha vida não tinha tido contato com ninguém que frequentasse essa religião, essa igreja e que fosse do meu convívio diário. Então hoje eu percebo, e assim me parece que há uma imposição muito grande das questões da bíblia, há proibições e que às vezes a pessoa se submete sem nem entender o porquê daquilo. Então eu não concordo muito né, com esse tipo de conduta, mas tenho procurado não deixar interferir nos atendimentos (sic).

Essa fala é um analisador do conflito cultural, pois entre os técnicos apenas uma é de matriz evangélica, sendo que os demais tiveram dificuldades em caracterizar as religiões

evangélicas pentecostais, apresentando dificuldades em distinguir as religiões tradicionais das neopentecostais. De acordo com Rabelo (1993), para que o tema seja reconhecido e abordado é importante que se compartilhe o universo simbólico. O desconhecimento, o preconceito, as crenças pessoais e, sobretudo, o atravessamento das concepções tradicionais em saúde sobre a religião, favorecem para a negação e a negativização da experiência religiosa. Salienta-se que os argumentos para tal visão não foram pautados nos princípios e nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O modo como a equipe técnica aborda a religião corrobora com diversos estudos que denotam haver uma tensão entre os campos da Saúde e religioso sobre modos de entender e lidar com fenômenos envolvendo saúde/doença e cuidado, principalmente sobre o sofrimento psíquico e a loucura (ESPINHEIRA, 2005; VASCONCELOS, 2006; BALTAZAR, 2003; MACHADO, 2001). Entretanto, há o reconhecimento de que a religião para algumas pessoas se constitui como modo de inclusão social, favorecendo a melhora da situação disruptiva de sofrimento psíquico, denotando que as posições não são unívocas e homogêneas.

Então, teve alguns pacientes que, após começarem a frequentar determinada religião, e fazerem amigos e terem uma vida social mais ampla, porque antes viviam apenas em casa ou não tinham amigos ou não tinham relações, se sentiram bem melhor. Então, mais casos de depressão ou de isolamento social. [...] Existem alguns usuários que, por conta da religião, por se sentirem acolhidos, fazerem parte de um grupo social, têm uma melhora relevante (sic).

Tanto nas conversas informais, como no grupo focal e nas entrevistas, os discursos apenas surpreenderam por serem respostas clássicas que, enquanto era integrante da equipe, não tinham tanta visibilidade, até porque compartilhava de algumas concepções e modos de lidar com o tema da religião, sendo analisador do caráter de reprodução histórica de discursos instituídos da ciência contra a religião.

Modos de cuidado em saúde mental: limites e possibilidades de articulação do Caps com o espaço religioso pentecostal

Adentraremos agora na discussão sobre modos de cuidado, colocando em análise modos instituídos e instituintes de atenção à loucura, ao louco, identificando limites e possibilidades de articulação entre o Caps e o espaço religioso pentecostal, por intermédio de dramas e de tramas que se enredam e se entrecruzam nos cuidados terapêuticos tradicionais, da atenção psicossocial e do cuidado religioso.

Todos os usuários da pesquisa carregam a marca do modelo manicomial em seu itinerário terapêutico, sendo que todos tiveram passagem pelo ambulatório de Psiquiatria, sendo um analisador. Esta *necessária passagem* pelo ambulatório denuncia estratégia assistencial

que materializa a possibilidade de gerir a terapêutica centrada no atendimento médico e na psicofarmacologia, sem necessitar do hospital (DIMENSTEIN; ALVERGA, 2005).

Dois usuários também são marcados pela experiência *enlouquecedora* da internação em hospital psiquiátrico que, em um dos casos, ocorreu mesmo após ser acompanhado pelo Caps. Apesar de tecerem críticas a este modelo, apontam para o caráter *imprescindível* da necessidade do hospital nos momentos de *crise*, sendo reiterado pelos seus familiares. A *necessidade* do manicômio é reforçada pela dificuldade apresentada pelo Caps em abordar a crise, encaminhando alguns usuários para internação psiquiátrica, o que é analisador da fragilidade da rede de saúde no cuidado integral neste município, uma vez que não possui leitos no Hospital Geral e nem um Caps III, que poderiam prestar um cuidado mais intensivo no momento da crise e não existe uma articulação com a rede social.

A recorrência ao hospital, como o *velho caminho da roça* trilhado há séculos nos momentos de intensificação do sofrimento psíquico, é analisador das dificuldades em construir as políticas públicas de saúde mental que se materializam no Caps e na rede de saúde, para que novos entendimentos e práticas sobre a loucura e com o louco surjam. É também um analisador da lógica *alternativa* que permeia o processo de implantação da mudança de modelo de atenção em saúde mental. Se, por um lado, a Política Nacional incentiva a expansão da rede de serviços comunitários e territoriais, centrando na estratégia Caps, por outro, o fechamento dos hospitais psiquiátricos, após o processo de redução progressiva de leitos, ainda se constitui como um futuro longínquo, quase inalcançável, não havendo clareza nem um planejamento definido. Tal lógica denuncia o funcionamento da rede que deveria ser *substitutiva* e se apresenta enquanto rede *alternativa* e *complementar* ao hospital psiquiátrico, como fora colocado pelos entrevistados.

À medida que a lógica manicomial hospitalocêntrica se presentifica nos serviços substitutivos e se espraia pelas cidades, escancara modos de subjetivação contemporâneos eivados por "desejos de manicômios" (MACHADO; LAVRADOR, 2001), que capturam e mortificam a loucura (DIMENSTEIN; ALVERGA, 2005).

Nas histórias de dois entrevistados, o Caps não aparece enquanto um modo de cuidado no momento da crise, a qual é entendida como uma realidade subjetiva e coletiva, que perpassa o sujeito e as instituições, atravessadas pelas dimensões familiar, econômica, social, cultural, política, histórica, antropológica, sexual, afetiva, ética, estética, entre outros.

A pessoa em crise, desse modo, é um estranho. Este estranhamento é também, por sua vez, um fecundo analisador, que "encobre e revela a potência instituinte da crise que fala da caduquice do instituído [...]" (BICHUETTI, 2005, p. 27). É a força da autoprodução, é a captura e é a reprodução autofágica de traços de identidades anteriores, vistas ou vividas.

Além disso, o Caps apresenta dificuldades em lidar com as questões do cotidiano de uma das entrevistadas, com sua diferença, inquietude e movimento de recusa em aderir aos projetos terapêuticos impostos pelo serviço. A equipe mostra-se incomodada também com seu pai, uma vez que ele, ao mesmo tempo em que legitima o atendimento médico, o desautoriza, ao alterar as medicações sem conversar com os profissionais do serviço.

Em outro caso, esta dificuldade também aparece evidenciada pela ausência de um técnico de referência do próprio serviço, bem como pela intolerância dos profissionais do Caps com os recorrentes pedidos para realização do exame de HIV.

Eis a pergunta que não quer calar... "será que estamos dispostos a acolher a loucura em nossa vida cotidiana de fato ao afirmarmos que lutamos por uma 'sociedade sem manicômios', ou apenas domesticá-la, conferir-lhe mais uma identidade, mortificar o seu potencial disruptivo ou de desterritorialização?" (DIMENSTEIN; ALVERGA, 2005, p. 53).

Entende-se que o Caps produz subjetividades institucionalizadas, normatizadas, manicomiais, confirmando-se pelo modo como todos se referem *ao lugar da medicação no projeto terapêutico*, e aparece nos discursos dos familiares e até mesmo da equipe técnica.

Ela disse pra mim que, disse que, que me prefere ver morrendo de sono, sem aguentar fazer quase nada, do que aguentando, movimentando, fazendo as coisas, e tudo e nervosa. "É pior", ela falou. Melhor tomar certinho o remédio igual ela quer e ficar calma, mas o pior é que tá precisando da gente também Luana (sic).

A contenção química faz com que a subjetividade seja "eminentemente silenciada, em nome do pragmatismo e da razão instrumental [...]. O delírio como obra e produção específica da loucura é silenciado pelos circuitos bioquímicos do sistema nervoso" (BIRMAN, 2002, p. 19). A crítica ao uso do psicofármaco não implica seu abandono, mas na problematização do seu lugar como um recurso terapêutico utilizado após uma avaliação mais ampla do processo apresentado pelo usuário e articulado com outras propostas terapêuticas. O caráter de denúncia do discurso citado evidencia o esquadrinhamento do desejo e a mortificação da experiência delirante que a medicação tem assumido historicamente. Entretanto, diante de um sofrimento que é difuso e abstrato, culturalmente há uma legitimação do uso da medicação, que afirma a existência de doença e oferece cura e normalidade, conferindo-lhe um grande poder. O discurso de um familiar "*Será que essa medicação não vai resolver o problema dessa menina, não normalizar a mente dela?*" denota a busca por respostas prontas, objetivas e claras.

A medicação – pílula de Deus aparece em alguns discursos legitimada por explicações religiosas:

Abaixo de Deus, vem o tratamento também né? As medicações e todo tratamento que envolve. [...] Deus criou o médico, criou a medicação, deu a inteligência ao homem pra fazer a medicação, a inteligência ao médico pra né, pra nos examinar e tudo. Então eu creio que Deus tá no meio disso aí também (sic).

Todavia, com esta prática, coexistem outras propostas terapêuticas, que abrem a possibilidade para novas experiências, com destaque às atividades festivas que contribuem para o processo de autonomia e de inclusão social. A riqueza dos relatos de uma das entrevistadas demonstra o quanto o Caps tem se constituído para ela como um modelo de atenção integral, capaz de lidar terapeuticamente com seus delírios, medos, inseguranças, desvios, oferecendo atividades terapêuticas, como teatro e oficina de boneca, nas quais ela se implica de modo a ressignificar sua experiência de sofrimento. Além disso, coloca que o Caps devolveu-lhe o sentimento de ser "gente", de pertencimento ao mundo, como *espaço sagrado*, onde se sente amparada, segura, acolhida e estimulada a desenvolver várias potencialidades artísticas. Aponta um movimento instituinte do Caps, analisador que retira o serviço do funcionamento padrão e homogêneo, demonstrando a potência para reavaliar suas práticas, com o propósito de contribuir para o processo de melhora de seus usuários, conforme apareceu nas discussões sobre projeto terapêutico.

No grupo focal, a equipe anunciou um processo de mudança que atravessa o fazer da clínica psicossocial, revelando a busca por maior autonomia de gestão em relação à secretaria municipal de saúde, como a aposta na cogestão com os usuários e os familiares, tendo sido favorecido pela participação do curso de especialização em saúde mental[8].

A pesquisa também contribuiu para a problematização das práticas instituídas, principalmente no momento da realização do grupo focal, em que foi abordada a temática da religião. No processo de autoanálise,[9] ficou evidente para a equipe o quanto esse tema está presente no cotidiano do serviço e o quanto é silenciado, interditado, por ser um "*tabu*". O que explode toda uma configuração coletiva de um campo da saúde constituído em oposição ao senso comum, aos conhecimentos mítico-religiosos e em relação às práticas religiosas terapêuticas. A equipe reconheceu o seu *desconhecimento* sobre a dimensão religiosa, tão presente no cotidiano dos usuários, assim como assumiu o preconceito e a dificuldade em lidar com a religião pentecostal. Isso se deve pela compreensão de que ela *compete* e *atrapalha* a sua proposta terapêutica, noção que foi reforçada em um único caso em que se sentiram impelidos a buscar a igreja, porque o pastor havia decidido internar no hospital psiquiátrico um usuário do serviço.

[8] Realizado pelo Ipub/UFRJ, fruto de um convênio entre a secretaria municipal de saúde e o Ministério de Saúde.

[9] Esse processo de *autoanálise* é realizado no interior do próprio grupo e pelo próprio grupo, o que permite aos sujeitos participantes avaliar as condições nas quais estão inseridos e buscar soluções para seus problemas. Deste modo, o processo de autoanálise é simultâneo ao processo de auto-organização, uma vez que exige que o grupo se reposicione diante das novas demandas que irão emergir. Esse processo não prescinde, contudo, da figura do *expert*, mas deve prescindir da postura centralizadora e dominante do *expert*. "Para tanto, é de fundamental importância que os *experts* tenham uma reflexão epistemológica sobre as formas como o conhecimento pode se produzir através da interação com o *senso comum*. É fundamental que estabeleça uma relação de transversalidade, integrando-se ao movimento de autoanálise e autogestão do grupo e colocando seu saber a serviço do mesmo" (BAREMBLITT, 1996, p. 2).

Deste modo, a articulação com a religião pentecostal apareceu como um *limite*, cujo reconhecimento implicou na busca por estratégias de seu enfrentamento, tais como: conhecer as igrejas, fazer parcerias, divulgar o serviço e, por fim, reconhecer que devem atuar no território, na perspectiva de rede, da qual a religião faz parte.

A perspectiva de encontro que o Caps anuncia ao abordar a necessidade de trabalho em rede e articulação com o espaço religioso é fundamental para romper com a *esquizofrenização* gerada nas experiências dos usuários e familiares, que faz com que não se sintam impelidos a falar das experiências no Caps e na igreja, pelo reconhecimento da desarticulação e da disputa de saberes, poderes e projetos deles, sendo esta disputa de saberes e fazeres um analisador importante deste estudo.

Conversações ainda em curso

Este estudo demonstra movimentos de batalha entre lógicas que, em um primeiro momento, apareciam como distintas e divergentes. É com certa tristeza e assombro que nos sentimos tomadas pelas vidas cruzadas, pois revelam diferentes modos de captura da diferença, as quais em alguns momentos também nos fisgaram e despontecializaram o percurso, em que, inicialmente, os campos religião e saúde mental eram percebidos e vividos como separados, irreconciliáveis, em oposição. Ainda mais quando focávamos o olhar para o pentecostalismo e para o Caps. Era como se o primeiro fosse visto como o ajudante da ordem e, o segundo, o parceiro da loucura.

Havia uma militância e defesa do Caps por seu movimento instituinte, subversivo, contra-hegemônico ser capaz de radicalizar a produção de novos encontros com a loucura e com o louco, imbuídos de princípios antimanicomiais, para além do combate ao manicômio enquanto espaço geográfico.

O pentecostalismo, por sua vez, era visto e entendido como o representante do *mal*, do instituído, da norma, do hegemônico, da lógica manicomial, principalmente por sua concepção de loucura como possessão e de sua proposta de exorcismo, reproduzindo um modo histórico de lidar com a loucura no contexto da Idade Média, com *requintes contemporâneos*.

Entretanto, a experiência possibilitou-nos colocar em análise essas concepções e posições, promovendo desestabilizações e desafetos. Ter mergulhado nos interstícios desses campos, nos fez perceber que se tratava de um fogo cruzado entre lógicas diferentes, que perpassam projetos divergentes. O que *não se esperava* era encontrar, em vias diferentes, mapas de navegação com roteiros diversos, mas uma mesma direção que manicomializa a vida.

Diante do novo, tivemos de rever os próprios mapas, rever rotas. O encontro com a Análise Institucional foi crucial para a compreensão de que se trata da análise da religião pentecostal e do Caps como instituições, vetores que incidem sobre modos de existência, que atravessam e são atravessados por corpos materiais e imateriais, em um incessante processo de produção de subjetivação da loucura. Para tal, cada qual com seu manual, com sua munição: a Bíblia com seus mandamentos, de um lado, e o manual de Caps com as portarias, de outro. Oração e medicação como propostas de salvação.

Enquanto instituições atravessam e são atravessados por movimentos de captura, com propostas de normalização, de cronificação, de apropriação da diferença, produzindo subjetividades manicomiais, tornando os loucos prisioneiros do desejo do outro, de dominação, de controle, de contenção, paradoxalmente criando corpos dóceis, disciplinados e corpos eufóricos e extasiados.

Todavia, as experiências apontam para a necessidade de analisar as instituições em seu cotidiano, onde se tecem práticas e discursos. Para isso, é fundamental recusar olhares totalitários, fechados em si mesmo, que produzem determinações lineares, centrados muitas vezes apenas na dimensão das macropolíticas.

Para que a vida pulse e possamos forjar asas em um devir anjo incessante, precisamos lidar com essa insuportável tolerância ao sequestro do que difere. Para além de defesas pró ou contra, de *demonizações* ou *angelizações* em relação à religião pentecostal, ao Caps, afirmamos a importância de promover encontros entre esses campos, principalmente engendrados pelos usuários, analisando possibilidades de articulação, de cuidados compartilhados na perspectiva de rede de atenção integral. Com isso, lançamos um convite/desafio para se experimentar um pensar e agir crítico, ético, estético e político que tensionem os processos de institucionalização do Caps, da religião, da loucura e de *nós mesmos*.

Para tanto, acreditamos que este trabalho abre para novas experimentações, apontando para a importância de se adentrar também no campo religioso para a desterritorialização dos territórios de referência.

Por fim é preciso apostar no liame entre o humano e o mundo, na potência e afirmação da vida, dos desafios que os modos de existência contemporâneos engendram.

Referências

ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, M. M. **Possessão como loucura**: a noção de saúde e doença mental na Igreja Universal do Reino de Deus e sua respectiva proposta terapêutica. 2002. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

ANTONIAZZI et al. **Nem anjos nem demônios**: interpretações sociológicas do pentecostalismo. Petrópolis: Vozes, 1994.

BALTAZAR, D. V. G. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental**: impasse ou possibilidade. 2003. Dissertação (Mestrado) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BICHUETTI, J. **Sobre a crise**. Uberaba: Fundação Gregório Baremblitt, 2005.

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade. In: ______. **O mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, p. 177-178, 2006.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DIMENSTEIN, M; ALVERGA, A. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

ESPINHEIRA, G. **Os limites do indivíduo**: mal-estar na racionalidade: os limites do indivíduo na medicina e na religião. Salvador: Fundação Pedro Calmon, 2005.

FONSECA, T. M. G. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, set./dez., 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

LAVRADOR, M. C. C. **Loucura e vida na contemporaneidade**. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Espírito Santo, 2006.

MACHADO, L. M.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Texturas da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MONTERO, P. **Da doença à desordem**: a magia na umbanda. Rio Janeiro: Graal, 1985.

NEVES, C. A. B.; JOSEPHSON, S. C. A crítica como clínica. In: MACHADO, L. M.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Texturas da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 99-108.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr., 2000.

______; ______. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, jul./set., 1993.

REDKO, C. Vivendo a primeira experiência da psicose através da religião. In: LEIBING, A. **Tecnologias do corpo**: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: Nau, 2004.

SILVEIRA, L. **Para além de anjos, loucos ou demônios**: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

STADTLER, H. Conversão ao pentecostalismo e alterações cognitivas e de identidade. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, n. 2, p. 112-135, 2002.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Cuidado com Pessoas que Usam Drogas: Um Diálogo com a PNH[1]

Rosane Azevedo Neves da Silva[2]

Gustavo Zambenedetti[3]

Carlos Augusto Piccinini[4]

[1] Este artigo compôs o número temático sobre *Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização* da Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 2 n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115>.

[2] Professora do PPG em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <rosane.neves@ufrgs.br>

[3] Psicólogo. Mestre e doutorando em Psicologia Social e Institucional Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Campus Irati/PR. *E-mail* <gugazam@yahoo.com.br>.

[4] Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional UFRGS. *E-mail* <piccguto@gmail.com>.

Resumo

O artigo discute as estratégias de cuidado utilizadas por agentes comunitários de saúde no cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Os dados tomados para discussão foram produzidos por intermédio de uma pesquisa-intervenção que buscou identificar as demandas em saúde mental presentes no cotidiano de trabalho dos agentes e, a partir daí, propor uma estratégia de formação em torno desta temática para os ACS de uma das gerências distritais de Porto Alegre/RS. A análise procura articular as proposições da Política Nacional de Humanização (PNH) com a diretriz da Redução de Danos, possibilitando a problematização da posição que entende a abstinência e o combate às drogas como o único horizonte terapêutico no cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Palavras-chave:

Agentes comunitários de saúde. Formação em saúde. Dependência química. Política Nacional de Humanização.

Introdução

Produzir mudanças nas práticas de atenção e de gestão do SUS é um dos desafios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008). De acordo com esta política, reconhece-se que os princípios do SUS, tais quais descritos no conjunto de leis e decretos, não produzem transformações automáticas no campo da Saúde. Há uma complexidade no cotidiano dos serviços que aponta para a necessidade de investimento nos processos de trabalho, na medida em que há lacunas tanto no modo como o trabalho é previsto e legislado, quanto na forma como se dá o encontro entre os trabalhadores da rede com o território de atuação. Não é novidade que estas articulações demandam uma atenção especial, uma vez que é no cotidiano de trabalho que as intempéries da transformação do trabalho prescrito em trabalho real se efetuam. Ao mesmo tempo, é neste encontro que reside a potência de transformação das estratégias de cuidado, esperadas com o surgimento do SUS.

A busca pela "humanização do SUS", não é sinônimo de uma naturalização do "humano", mas exatamente a valorização da multiplicidade de sujeitos e de encontros produzidos no território entre promotores de cuidado e usuários dos serviços. Como colocam Pasche e Passos (2010. p. 65), "não se trata de humanizar o humano, senão de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto – estas sim produtoras de práticas desumanizadas – considerando nosso horizonte ético e humanístico."

Com este objetivo, a PNH articula dispositivos que problematizam o modo como o trabalho é efetuado no cotidiano, consolidando redes de atenção e troca entre os envolvidos nos processos de cuidado. Visa, portanto, fortalecer os princípios do SUS.

Em consonância com esta perspectiva, entre os anos de 2010-2012 realizou-se a pesquisa *Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de Saúde da Família,*[5] que buscou identificar a demanda em saúde mental presente no cotidiano de trabalho dos ACS, realizar atividades de formação para o acolhimento em saúde mental e avaliar, posteriormente, o impacto dessa formação no trabalho dos ACS distribuídos nas 19 equipes da ESF do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto Alegre/RS.

A pesquisa utilizou como estratégia metodológica a pesquisa-intervenção na perspectiva da análise institucional (BAREMBLITT, 1996; ROCHA; AGUIAR, 2003). Partindo da compreensão do institucionalismo de que todo agrupamento social se produz como efeito da dialética dos grupos, das organizações e das instituições que o constituem, buscou-se afirmar o caráter processual da investigação, tomando a análise da demanda como princípio organizador da pesquisa. De acordo com a perspectiva institucionalista, a sociedade produz formas enrijecidas de organização e de funcionamento que se perpetuam em modos endurecidos de viver, caracterizando, assim, sua faceta instituída (BAREMBLITT, 1996). No entanto, esse

[5] Projeto financiado pelo Edital FAPERGS/CNPq – PPSUS/2009.

não é um movimento linear, já que todo coletivo apresenta também uma faceta instituinte que tensiona processos de transformação e de rupturas com o que ali se cristalizou. Sendo assim, é possível instaurar processos de análise e de reflexão nos diferentes agrupamentos e coletivos, na tentativa de agenciar forças para romper com as estruturas estereotipadas que muitas vezes bloqueiam qualquer possibilidade de mudança.

A pesquisa-intervenção trabalha na perspectiva de interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições, visando à abertura de possibilidade de mudanças (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A operacionalização da pesquisa ocorreu em três etapas: a primeira com a realização de grupos focais com os ACS para a identificação das demandas em saúde mental presentes em seu cotidiano de trabalho; a segunda consistiu em uma atividade de formação para os ACS, constando de quatro módulos: 1. apresentação dos resultados da primeira etapa e oficina de sensibilização sobre a relação saúde/doença mental; 2. uso de álcool e outras drogas; 3. sexualidade e DST/aids; 4. estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica. Estes módulos ocorreram semanalmente ao longo de quatro meses com quatro horas de duração cada um. A terceira etapa aconteceu quatro meses após o término dos módulos e caracterizou-se por uma nova rodada de grupos focais para avaliação do impacto das atividades de formação no cotidiano de trabalho dos ACS.

Tomando como foco de discussão a temática desenvolvida durante o módulo 2 do processo de formação sobre o *Uso de álcool e outras drogas*, pretendemos levantar questões acerca de quem seria o "usuário de drogas". Entrelaçando a perspectiva da PNH, pretendemos problematizar a posição estanque que entende a abstinência e o combate às drogas como o único horizonte terapêutico. Nesse sentido, interrogamos: que modos de cuidado têm se produzido nesse campo?

Construindo interrogações como dispositivo de intervenção

Buscamos desenvolver o módulo da formação sobre o uso de álcool e outras drogas com os ACS a partir da discussão promovida pela *Política de Redução de Danos* (VINADE, 2009; CONTE et al., 2004; BRASIL, 2003). Fazendo uso dessa perspectiva, criamos um espaço de escuta e de acolhimento das experiências de trabalho dos agentes comunitários, possibilitando-lhes compartilhar problemas comuns e, ao mesmo tempo, redimensionar a forma muitas vezes estereotipada que configurava a realização do seu trabalho com esta população. Segundo Heckert e Neves (2010), não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas principalmente indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam em um *ethos* da integralidade e da indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar.

Durante os quatro encontros previstos para este módulo, organizamos a metodologia de trabalho a partir de uma dinâmica de discussão que incidia exatamente sobre os pontos até agora levantados: solicitamos que cada agente escrevesse quatro palavras sobre cada uma destas questões:

- "Qual a imagem que vocês têm da pessoa que usa drogas?"
- "O que a pessoa que usa drogas precisa?"

A partir dessas duas perguntas, propusemos ainda uma terceira questão: o que é possível fazer em relação a essas pessoas? Que cuidado é possível?

Essas perguntas constituíram-se como dispositivos de intervenção, à medida que possibilitaram a emergência de analisadores. O analisador constitui-se como um emergente grupal que possibilita explicitar determinados problemas, os jogos de força que os constituem e as estratégias de resolução.

Pensar o *crack*[6]: novas questões para velhos problemas

Desde a primeira etapa da pesquisa a temática sobre o *crack* aparecia como uma das principais demandas em saúde mental. Observávamos uma confluência de queixas quanto ao número de casos, à gravidade de situações e às condições precárias de atendimento. Apesar do tema proposto na formação ser mais amplo – uso de álcool e outras drogas – as reflexões acabaram por se centrar na questão do *crack*, salvo alguns agentes que trouxeram questões mais pontuais referente a seus territórios.

Em meio à multiplicidade de acontecimentos relatados, soluções possíveis e impossíveis, uma destaca-se aos nossos olhos: em um dos encontros propostos, no início da discussão, uma agente comunitária "desabafa" sobre a problemática das drogas em seu posto de saúde. Refere que não entende o porquê de estarmos discutindo esta temática, pois em sua opinião a questão das drogas não é algo que o agente comunitário poderia resolver, sendo de "responsabilidade do governo". Em sua opinião a única forma de resolver "mesmo" o problema seria colocando o exército em ação para acabar com o tráfico. Isto é, enquanto houver tráfico, haverá uso.

De um modo geral, as discussões com os ACS eram permeadas por um viés moralizante que se explicitava por meio de um ideal terapêutico fundamentado exclusivamente na abstinência enquanto estratégia de cuidado e na busca por serviços especializados e internações. Procuramos problematizar com os ACS sobre os efeitos de se tomar a abstinência e a internação como as únicas estratégias de cuidado possíveis, entendendo que esta posição gera uma despotencialização das práticas cotidianas, restringindo espaços para outros modos de ação. Em vez de tomarmos a questão do uso de álcool e outras drogas como algo que apenas seria resolvido quando as drogas fossem eliminadas do

[6] Referência à campanha publicitária do Grupo RBS: *Crack*, nem pensar. Mais informações em: <http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/rs/cracknempensar/home,0,3710,Home.html>.

contexto de trabalho dos ACS, propusemos uma metodologia de formação que levasse em consideração os princípios da PNH, cujo objetivo tem sido o de produzir mudanças nos processos de trabalho no campo da Saúde.

> Com esse objetivo, uma das direções de abordagem da PNH materializada nos/e com os serviços é a criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos. Formas de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Não se trata, portanto, de negar a dimensão do problema enfrentado pelos ACS, inclusive no que concerne à demanda explícita por serviços especializados e encaminhamentos que supostamente resolveriam a situação, muito menos colocarmo-nos em uma posição de transmissão de técnicas mais apropriadas para lidarem com esta problemática em seu cotidiano de trabalho. Entendemos que estes encontros com os trabalhadores são potentes na produção de espaços reflexivos que articulem as experiências cotidianas a novas questões e novos modos de trabalho.

A partir deste encaminhamento, propusemos um espaço de reflexão para que os ACS pudessem olhar para seu próprio trabalho, buscando alternativas à lógica do mero "combate ao *crack*". As ações reduzidas a um combate acabam por produzir sujeitos "usuários de drogas", desconsiderando suas escolhas, suas trajetórias de vida, seu contexto familiar etc. Entendemos que essa perspectiva deixa de considerar aspectos singulares na construção de estratégias de cuidado, inclusive das ações que já são realizadas pelos ACS, mas que não são reconhecidas por eles como sendo ações de cuidado. Nesse sentido, cabe a pergunta: quem seria, afinal, o "usuário de drogas"? As respostas às interrogações/dispositivos propostas na formação podem nos dar algumas pistas em direção a este questionamento. Por meio das perguntas "Qual a imagem que vocês têm da pessoa que usa drogas?" e "O que a pessoa que usa drogas precisa?"

Solicitamos aos ACS que escrevessem palavras relacionadas à imagem das pessoas que fazem uso de drogas. Apareceram as seguintes palavras: desespero, miséria, família, ansiedade, dependência, depressão, decadência, cor da pele acinzentada, pobreza, morte, fraqueza, impaciência, falta de amor próprio, falta de conhecimento, mal-amados, jeito, malandragem, olhos, gíria, companhia, nervosismo, pânico, sem controle, consumistas, inseguros, doente, frágil, aceitação, rejeição, carência, solidão, dependência, tristeza, sem futuro, desespero, repugnância, isolamento, desorientada, nojo, angústia, sofrimento, desequilíbrio, vazio, abandono, desassistência, desconfiança, destruição, desinformação, escolha, decadência, sujo, ilusão, influência, más companhias, dedo, desnorteado, fuga.

Já em relação à questão "o que a pessoa que usa drogas precisa?", estas foram as palavras: atenção, aceitação, local de tratamento, acolhimento, direcionamento, oportunidades, escuta, ajuda, apoio, compreensão, "causa" (no sentido de que é preciso saber as causas do uso para ser possível ajudar), orientação, persistência, autoconfiança, força, carinho, família e amigos, ocupação, vontade de parar, amor, cuidado, menos preconceito, trabalho, apoio, segurança, certezas, informação, cuidado, ocupação, tratamento, vigilância, compreensão, amor, puxão de orelha, paciência, menos discriminação, afeto, vergonha na cara, amor próprio, bom serviço de saúde, acompanhamento, estímulo, proteção, assistência, força de vontade, prevenção.

Pedimos que cada ACS compartilhasse em voz alta com os colegas as palavras associadas e, para uma melhor visualização de todos, anotamos as palavras em um cartaz fixado na parede. Após este momento, propusemos mais uma questão: "Que cuidado é possível a partir destas imagens?"

Nossa intenção era propor uma reflexão sobre os discursos que permeiam as ações e que, por vezes, os próprios trabalhadores não reconhecem. A proposta deste processo de formação não buscava incidir sobre a mera transmissão de "novas" técnicas de cuidado, mas sobre uma análise mais detalhada dos elementos que permeiam uma determinada prática de cuidado.

É interessante constatar o quanto alguns ACS, frente àquelas imagens, surpreendem-se com sua própria construção. Certo constrangimento paira no ar: "Não quer dizer que a gente não acolha, não trabalhe com estas pessoas" (*sic*). Ao propormos a associação de palavras a partir de determinadas imagens, nosso objetivo não era questionar se os ACS realizavam ou não no acolhimento daqueles sujeitos. Nossa intenção era colocar em discussão o quanto este acolhimento vinha carregado de uma série de estereótipos e preconceitos em relação ao "usuário de drogas".

A reprodução de uma imagem depreciativa, "cinza", "sem futuro", impressiona até os próprios ACS, que parecem se deparar com uma demanda impossível de ser trabalhada.

Em outro caso, depois de associar a imagem das pessoas que usam drogas a palavras como fraqueza, fuga, morte, doente, cinza, uma agente também se surpreende com seu próprio comportamento e nos faz o seguinte apontamento: "Eu achava que era empática com as pessoas que usam drogas, mas acabo de perceber que não sou" (sic), admitindo o quanto a sua visão destes usuários era limitada e estereotipada.

As imagens trazidas pelos ACS nos levam a pensar no modo como se produz socialmente uma centralidade em torno da abstinência como único horizonte terapêutico para o "usuário de drogas".

Em meio a essa perspectiva que vincula o uso de drogas somente a algo "ruim" que demanda um cuidado intensivo e vigilante, os ACS vão trazendo exemplos de situações onde os usuários fazem diferentes tipos de uso: pessoas que fazem um uso mais recreativo, esporádico, que não se caracterizavam como sendo "viciados". Além disso, trazem outras situações relacionadas ao "vício": um dos ACS relata a situação de um parente que é viciado em jogos de azar (caça-níquel). Deste modo os ACS vão tecendo paralelos entre o consumo de drogas lícitas e ilícitas. Os participantes do grupo que fazem uso de cigarro ou aqueles que "bebem uma cerveja após o trabalho para relaxar", começam a perceber que há também prazer no uso de drogas. É interessante que à medida que esses exemplos vão sendo trazidos, pequenos lampejos da discussão convergem para um uso que não pertence somente a uma dimensão do "eles". Os ACS ensaiam aproximações, fazendo referência a um "nós" que começa a "mexer" com o que antes parecia tão cristalizado nas palavras associadas ao uso de drogas.

Neste emaranhado, os ACS retomam as inúmeras dificuldades cotidianas: o sofrimento das famílias, a vinculação entre o uso de drogas, mais especificamente o *crack*, com uma prática de roubos na comunidade e usuários que "perdem tudo" (família, trabalho, casa). No relato de suas experiências na comunidade aparece a complexidade da demanda em saúde mental na Atenção Básica e a necessidade de uma formação em saúde que possa potencializar as ações de cuidado em torno desta questão envolvendo o uso abusivo de álcool e outras drogas.

A Política Nacional de Humanização e a Redução de Danos: diálogos possíveis para o cuidado em relação às pessoas que fazem uso de drogas

A PNH, ao constituir-se como política e não como programa, busca transversalizar a rede SUS, incluindo, entre outros, os serviços e as ações direcionadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Entre suas diretrizes e seus dispositivos, destacamos, respectivamente, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular (PTS) como importantes intercessores para o tema em debate. A necessidade de uma clínica ampliada ocorre pelo reconhecimento de que o sujeito é mais que a doença que ele apresenta. O diagnóstico de uma doença parte de um princípio universalizante e generalizável (BRASIL, 2009a). No entanto, para que possamos tratar/cuidar de alguém é necessário identificar aspectos singulares do modo como cada sujeito ou grupo vivencia certo estado de doença ou saúde. Nesse sentido, destacamos dois aspectos que envolvem a clínica ampliada. Em primeiro lugar, uma mudança no objeto da intervenção, que deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito em sua integralidade. Em segundo lugar, a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas, envolvendo o usuário na condução de seu tratamento e na criação de estratégias de enfrentamento a situações adversas à sua saúde. No contexto de nosso

estudo, a mudança quanto ao objeto de intervenção diz respeito à passagem da figura do "drogado" para a de "sujeito que faz uso de álcool e/ou outras drogas".

Por outro lado, a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas levam-nos a pensar nos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) como importantes dispositivos de produção da atenção. Quando observamos que os ACS têm como horizonte terapêutico a abstinência e como ideal de tratamento o cuidado especializado, preferencialmente realizado em comunidades terapêuticas ou outros locais que tenham como característica o isolamento, entendemos que opera uma espécie de "projeto terapêutico homogêneo." Ou seja, ocorre uma universalização da estratégia de cuidado, prescrita como sendo a mais adequada, tendo como ponto de vista a expectativa e a percepção da equipe. Em contrapartida, o PTS constitui-se como "um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário" (BRASIL, 2009a, p. 39). Além de exigir o compartilhamento e discussão de uma equipe multiprofissional, a constituição do PTS deve sempre partir e considerar as demandas do usuário. A perspectiva da PNH é de corresponsabilizar os sujeitos pelos processos de produção de saúde. É importante ressaltar que o PTS é um dispositivo de atenção articulado à gestão do processo de trabalho em equipe.

A singularização do cuidado é uma diretriz de trabalho que aproxima a PNH da política de redução de danos, que entende que o cuidado pode, e deve, buscar estratégias diversificadas, envolvendo negociações com os sujeitos envolvidos com o uso de drogas.

> A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Esta perspectiva possibilita a ampliação da ação dos ACS, pois rompe com a ação pautada na dicotomia "uso X não uso de drogas", que distancia os sujeitos que não demandam a abstinência do uso de drogas. Esses costumam ser vistos como "perdidos", como se não houvesse mais o que fazer com eles. Ao introduzir a perspectiva da redução de danos no processo de formação com os ACS, procurou-se aumentar o repertório de respostas

possíveis, com a construção de novos parâmetros, constituídos em conjunto com os sujeitos sob cuidado, conforme suas possibilidades.

Em relação à percepção dos ACS sobre a Redução de Danos, observamos que eles a associavam à ação de distribuição de seringas realizada pelos Programas de Redução e Danos (PRD) criados ainda na década de 1990, com vistas à diminuição da infecção pelo HIV. Além disso, os ACS também compreendiam a Redução de Danos como uma tarefa atribuída exclusivamente ao Redutor de Danos. Essa percepção fez com que os ACS pensassem que trabalhar com a redução de danos implicaria uma nova tarefa a ser incorporada ao seu trabalho, sobrepondo-se à função do Redutor de Danos. Essa compreensão gerou uma resistência inicial para a discussão do tema. Nesse sentido, constituiu-se como um desafio apresentar a Redução de Danos como uma diretriz de trabalho, que transversaliza os serviços e ações do SUS, diferenciando-a de uma simples "tarefa". O passo seguinte foi discutir estratégias de Redução de Danos, tomando como exemplos situações presentes no cotidiano de trabalho dos ACS. Essa perspectiva tem como uma de suas premissas a inclusão, dialogando com o princípio de universalidade do SUS. Sendo o SUS uma política pública universal, é importante pensar em diferentes estratégias de cuidado para diferentes públicos: para os que usam drogas e não querem mais usar; para os que usam drogas e querem continuar usando; para os que não usam drogas, mas estão pensando em usar; para os que não usam drogas e nem pensam em usá-las.

Deve-se considerar que o ideal de abstinência apresentado na fala de alguns ACS, assim como a ideia de que a única solução é eliminar a existência da droga, é uma das expressões da chamada "política proibicionista", deflagrada nos EUA, proliferando-se para outros países como o Brasil (KARAN, 2003). Essa política é caracterizada pela divisão entre drogas lícitas e ilícitas, determinando um sistema legal que criminaliza as condutas relacionadas às drogas, produzindo uma série de efeitos, como a possibilidade de penalização da pessoa que faz uso de drogas, a associação do uso ao crime, a estigmatização, o acesso e o uso à droga em circunstâncias de vulnerabilidade, entre outros aspectos.

A Redução de Danos, no entanto, parte da evidência:

> de que a maioria das pessoas não deixará de consumir tais substâncias e que a atitude mais racional e eficaz para minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas – licitas ou ilícitas – está no desenvolvimento de políticas de saúde pública que possibilitem que este consumo se faça em condições que ocasionem o mínimo possível de danos ao indivíduo consumidor e à sociedade, [...], afastando-se do discurso dominante, questiona a uniformidade do enfoque negativo dado às drogas tornadas

> ilícitas e rompe com as generalizadas premissas demonizadoras das pessoas que com elas se relacionam (KARAN, 2003, p. 80).

Nessa perspectiva, a política de Redução de Danos coloca-se a favor da vida. Consideramos que é importante pontuar a existência destas políticas distintas, situando o trabalho dos ACS como campo de embate entre elas.

Considerações finais

Com esta proposta de trabalho, buscamos articular uma questão fundamental no que tange o cuidado cotidiano realizado pelos ACS. Sendo estes profissionais fundamentais à consolidação do SUS, é importante aproximarmos-nos das estratégias de cuidado propostas, bem como a produção de novas questões sobre as demandas encontradas nos territórios de atuação. Ao questionarmos, o olhar estigmatizante sobre a pessoa que faz uso de alguma substância psicoativa, buscamos a produção de um deslizamento da imagem estanque do "drogado", para a multiplicidade de usos encontrados. A interrogação lançada no início do artigo, relacionada a quem é o sujeito que faz uso de drogas, é consoante com a interrogação que a PNH faz sobre o que é o humano e o aparente paradoxo que é "humanizar o humano". Deve-se ressaltar que a PNH não compreende o humano enquanto um ente abstrato, universal e idealizado. Mas sim, o humano que é singular, localizado. Faz parte do humano ser constituído por um conjunto de práticas sociais, conformadas pelos mais diversos saberes, alguns deles mais próximos das práticas de inclusão e de solidariedade, outros mais próximos das práticas de discriminação, de marginalização, de segregação e de exclusão. Enquanto trabalhadores da Saúde, transitamos entre esses polos, sem muitas vezes conseguirmos questionar os efeitos de nossas práticas.

Por intermédio da intervenção proposta com os ACS, foi possível uma ampliação do olhar destes trabalhadores sobre os diferentes usos e alternativas à questão das drogas. Nesta linha de produção, a prática cotidiana dobra-se sobre si mesma, encontrando alternativas para o modo habitual com que esta questão vem sendo tratada, ou seja, por meio de encaminhamentos para serviços especializados, produção de uma demanda impossível de ser atendida etc.

As rodas de conversa, os espaços coletivos que incluem os diferentes atores dos serviços, são um dos caminhos potentes para abrigar e ampliar essas discussões. Ao mesmo tempo, pensamos que o processo de pesquisa-intervenção possui algumas limitações, tendo em vista que é efetivado em um recorte temporal. Nossos objetivos com a formação foram atingidos, à medida que buscávamos suscitar questões sobre as diferentes temáticas que constituíam os módulos da etapa de formação. Deve-se ressaltar que, na terceira etapa da pesquisa, onde procuramos avaliar o impacto da intervenção, houve o pedido, por parte dos ACS, de um trabalho contínuo de escuta e apoio ao seu trabalho.

Considerando que "a atenção básica lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas, utilizando poucos recursos [em termos de densidade tecnológica]" (BRASIL, 2009b, p. 9), tornam-se necessárias ações contínuas de apoio ao trabalho dos ACS. Apontamos a necessidade de que propostas de intervenção como esta possam ter continuidade, por intermédio de projetos que possam garantir a continuidade de novas ações de cuidado na atenção básica.

Referências

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009a.

______. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

______. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Brasília, 2009b.

______. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun., 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 53-124.

HECKERT, A. L. C; NEVES, C. A. B. **Modos de formar e modos de intervir**: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1.).

KARAN, M. L. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, C. M. A; CAMPOS, M. A. (Org.). **Drogas, dignidade e inclusão social**: a lei e a prática da redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003. p. 45-100.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1.).

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia**: Ciência e Profissão, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 13, supl.1, p. 603-613, 2009.

VINADE, T. F. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **SUPERA**: Sistema para Detecção do Uso abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 3. ed. São Paulo: UNIFESP, 2009. p. 63-76.

Humanização e Reforma Psiquiátrica: A Radicalidade Ética em Defesa da Vida[1]

Ana Rita Castro Trajano[2]

Rosemeire Silva[3]

[1] Este artigo compôs o número temático sobre *Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização*, da Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 2, n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115> e não oferece conflito de interesses de qualquer espécie.

[2] Consultora do Ministério da Saúde/ Política Nacional de Humanização; Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Trabalho Humano (NESTH)/ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); professora em Curso de Especialização em Política Pública da UFMG/ Departamento de Ciência Política; graduação e mestrado em Psicologia/ UFMG; doutora em Educação/UFMG. *E-mail*: <aritatrajano@yahoo.com.br>.

[3] Ex-coordenadora de Saúde Mental de Belo Horizonte; militante do Fórum Mineiro de Saúde Mental; membro da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia; conselheira nacional de saúde (triênio 2012/2014); psicóloga. *E-mail*: <silva-rosemeire2004@ig.com.br>.

Resumo

Procurou-se discutir sobre interlocuções entre a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS) e a Reforma Psiquiátrica, em especial, a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, agraciada em 2004, pelo Ministério da Saúde, com o Prêmio HumanizaSUS Davi Capistrano Filho, quando destacou-se do conjunto dos trabalhos premiados por ser, entre tantos – centenas de exitosas práticas de Humanização do SUS – aquela que inscrevia a experiência de desconstrução do manicômio no contexto da construção do SUS. Na abordagem dos 20 anos de história da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte enfatizou-se o colorido próprio dado pela saúde mental à Política de Humanização, ou como esta é matizada no fazer da clínica antimanicomial. Procurou-se problematizar o cenário atual de elaboração de políticas públicas sobre drogas, propondo reflexões sobre loucura e drogadição como experiências eminentemente humanas.

Palavras-chave:

Política de Humanização. Reforma Psiquiátrica. Política de Saúde Mental. Defesa da vida. SUS.

Apresentação

Política de Humanização e Reforma Psiquiátrica encontram-se na radicalidade ética em defesa da vida. Experiências de cuidado em saúde mental na lógica da clínica antimanicomial nos dizem sobre a humanização do cuidado e da gestão do SUS ao derrubar muros, buscar a liberdade, a defesa dos direitos dos sujeitos com sofrimento psíquico ou mental, enfim, ao transformar relações e modos de existir, desestabilizando fronteiras de saberes, territórios de poder e modos instituídos de constituição de processos de trabalho em saúde.

Propomos a elaboração deste artigo por reconhecer e valorizar a Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2008), desde os seus primeiros movimentos, na década de 90 do século passado. Em 2004, esta política conquistou o Prêmio HumanizaSUS Davi Capistrano Filho, pelo Ministério da Saúde, quando destacou-se por ser *aquela que inscrevia a experiência de desconstrução do manicômio no contexto da construção do SUS.*

Em um primeiro momento, discutimos sobre o cenário de emergência da PNH e sua formulação como política pública transversal do SUS; a partir daí, abordamos os sentidos de humanização como conceito-experiência e os debates que se travaram entre os formuladores da política na época de sua elaboração. Considerando esses referenciais da PNH, abrimos conversa sobre a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte e interlocuções possíveis entre Humanização e Reforma Psiquiátrica na construção de outra lógica na abordagem da loucura e do louco. Ao final, procuramos problematizar o cenário atual de elaboração de políticas públicas sobre drogas, propondo reflexões sobre loucura e drogadição como experiências eminentemente humanas.

Esperamos, com esta produção conjunta, contribuir para o fortalecimento dos laços entre a Política de Humanização e a Política de Saúde Mental, aprofundando os debates e as reflexões sobre os desafios contemporâneos do SUS e os novos cenários que se apresentam com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a elaboração de políticas públicas sobre drogas.

Política Nacional de Humanização e a Luta Antimanicomial

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, emergiu como política pública transversal de fortalecimento do SUS, em 2003, no bojo de processos de avaliação, que envolveram atores implicados com a construção de um sistema público de saúde *universal e igualitário.*

Ressaltamos, nesse cenário de emergência e de formulação da PNH, como política pública de "reencantamento do SUS", sua dimensão micro/molecular[4] e sua aposta no "método da tríplice inclusão", ao caminhar, conforme seu Documento-Base (BRASIL, 2008), no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nesses processos, e que podemos sistematizar da seguinte forma: a) inclusão dos diferentes sujeitos, produzindo autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; b) inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência coletiva dos trabalhadores da Saúde, tendo as Redes como referencial maior de constituição e fortalecimento dos coletivos; c) inclusão dos analisadores sociais, ou seja, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança, ao favorecerem a Análise Coletiva dos Conflitos.

[4] Buscamos aqui os sentidos construídos pelo institucionalismo, sistematizados por Baremblitt (1992), ao retomar a concepção da "vida social como uma rede" – em que os processos são imanentes um ao outro (no sentido de imanências – a coextensão, um dentro do outro, incluindo no outro), distingue o "molar/macro", lugar da ordem, das entidades claras, dos limites precisos, da estabilidade, da conservação, do instituído; daquilo que é "molecular/micro", tanto no sentido da física, da química, da biologia, quanto no "sentido social e desejante", lugar da produção/criação/invenção, "eclosão constante do novo", do instituinte.

Esses movimentos de formulação da PNH como política "transversal e instituinte", não como um programa ou uma portaria/norma do SUS, produzem resultados que compõem um "Documento-Base" (BRASIL, 2008), no qual é apresentada a estruturação da política a partir de seus três princípios, do "método da tríplice inclusão" e de diretrizes, como orientações éticas, políticas e clínicas, deste novo modo de fazer e de abordar a atenção e a gestão do SUS. Entende-se por princípio o que "causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas" (BRASIL, 2008, p. 23). Nesse sentido, a PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: 1) indissociabilidade entre atenção e gestão: alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir, inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; 2) transversalidade: aumento do grau de comunicação intra e intergrupos – transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos, desestabilizando fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos de gestão do processo de trabalho; 3) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Vale ressaltar que as diretrizes, no caso da PNH, expressam o "método da tríplice inclusão" e apontam no sentido da: clínica ampliada; cogestão; valorização do trabalho e da saúde dos trabalhadores; acolhimento; defesa dos direitos dos usuários; ambiência; fomento das grupalidades, coletivos e redes; construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

Essas diretrizes se atualizam por intermédio de dispositivos, entendidos como "tecnologias leves", que expressam modos de fazer instituintes ao dispararem mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Entre esses dispositivos, em permanente processo de criação e de recriação, destacam-se: o Colegiado Gestor; o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Câmara Técnica de Humanização (CTH) e Coletivos Ampliados da PNH; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, como ouvidorias,

grupos focais, entre outros; Visita Aberta e Direito a Acompanhante; Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projetos Cogeridos de Ambiência, Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR); entre outros (BRASIL, 2008).

Vale lembrar que a humanização apareceu como plataforma política de saúde na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, conforme a temática da Conferência – *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com controle social.* (BRASIL, 2001).

A formulação da PNH como política transversal do SUS e não mais limitada a programas voltados para áreas ou serviços específicos, como a “Humanização do Parto”, o “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” (PNHAH), entre outros, ampliou e aprofundou, diríamos, o conceito de humanização nas práticas de saúde no SUS.

Ressaltamos discussões desenvolvidas por Benevides & Passos (2006), ao proporem a seguinte questão:

> [...] qual o sentido de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do SUS, o que a tornaria ampla e genérica, nem abstrata porque fora das singularidades da experiência, nem que aceite a compartimentalização, mas que se afirme como política comum e concreta nas práticas de saúde? (BENEVIDES; PASSOS, 2006, p. 38).

Importante marcar estas características da PNH como uma política que se constrói a partir das experiências concretas de sujeitos/agentes envolvidos com as práticas de saúde nos múltiplos espaços de trabalho do SUS, uma política que procura disparar movimentos de mudança na atenção e na gestão do processo de trabalho em saúde (TRAJANO, 2012).

Em oposição à idealização do humano, este é tomado aqui no sentido da existência concreta de sujeitos singulares, implicados com processos de mudanças e de criação de novas realidades. A Humanização como “conceito-experiência”, não como um “novo modismo”, em uma abordagem fragmentada e padronizada, o que levaria a práticas que se caracterizariam como “sintomáticas”, no sentido de padronização das ações e da repetição de modos de funcionar, conforme discussões disparadas por Benevides e Passos (2006, p. 39):

> Se partimos da crítica ao conceito-sintoma, concluímos afirmando a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo,

descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum.

Esse debate sobre humanização da saúde como um "conceito-experiência" disparou produções de textos e posicionamentos por diferentes autores implicados com a construção do SUS. Entre eles ressaltamos o artigo produzido por Campos (2006), em que relaciona a humanização aos conceitos de *Defesa da Vida* e de *Paideia*, e, ao final conclui que a humanização "é um conceito que tem um potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea" (CAMPOS, 2006, p. 45). Nessas discussões, diríamos, introduz a temática da violência social que afeta o cotidiano de trabalho em saúde, quando aborda a humanização como "um alerta contra a violência" (CAMPOS, 2006, p. 45) "a humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros. Um alerta contra a violência".

Por tudo isso, propomos este debate sobre a Política de Humanização e a Reforma Psiquiátrica, em especial, a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte – um encontro entre movimentos de luta que transformam relações entre sujeitos e criam novas realidades de trabalho no SUS.

Agraciada em 2004, pelo Ministério da Saúde, com o Prêmio HumanizaSUS Davi Capistrano Filho, a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte destacou-se do conjunto dos trabalhos premiados por ser entre tantos – centenas de exitosas práticas de Humanização do SUS, aquela que inscrevia a experiência de desconstrução do manicômio no contexto da construção do SUS. A saúde mental evidencia o ponto de radicalidade a que uma política de saúde pode chegar quando assume, no cuidado, a busca da autonomia e do exercício do protagonismo dos sujeitos. Assim, desvela a humanidade presente na relação intersubjetiva que envolve todo processo de saúde. Dito de outra maneira: a radicalidade da humanização passa pelo reconhecimento e pela aceitação do outro como alteridade e sujeito dotado de direitos. Humanizar, nesta concepção, é mais que trato delicado, digno e respeitoso, implica prática clínica comprometida com a invenção de humanidades: algo que a saúde mental conhece de perto na prática efetiva de desconstrução de muros. Nessa perspectiva, a partir do princípio referente à inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos, encontram-se PNH e luta antimanicomial.

Este prêmio nos trouxe uma dupla alegria: a da premiação em si e a da nomeação. Davi Capistrano Filho, soldado da guerra contra todas as formas de miséria e audaz construtor da utopia do direito à saúde, inventor de mundos antes inexistentes e talvez impossíveis

de passar à realidade efetiva sem a presença de sua força e coragem, tornou mais valioso o destaque, e também mais exigente. É preciso manter-se à altura do nome recebido para continuar a merecê-lo. É preciso não desistir, como insistia Davi, de tomar o céu de assalto, mesmo quando todos afirmem o oposto e o coro do consenso aponte a resignação à realidade injusta como única saída, tornando mais amplo o campo das possibilidades e das realidades, sendo os últimos efeitos da ousadia desobediente e propiciadora de mundos novos.

Na saúde mental lutamos contra muros visíveis e invisíveis, contra modos sutis e violentos de cerceamento da liberdade do homem louco, obstáculos que impedem estes sujeitos de existirem em sua singularidade e de pertencerem ao mundo civilizado e cidadão. A institucionalização da loucura expressa um dos mais completos e sólidos processos de desumanização, pois articula dois modos distintos e complementares de violência: à segregação dos corpos se articula e duplica o processo de exclusão e de anulação da subjetividade. Ensina-nos Foucault (1987) que a condenação à cidadela do bem, o manicômio, se fez acompanhar do processo de destituição da verdade na experiência da loucura. Alijada do lugar de saber, esvaziada do sentido de verdade, a loucura torna-se para a razão mero objeto de um saber. Tal condição autorizará as muitas violências que as páginas da história registram, desde a humilhante condição de restos sociais condenados ao tratamento indigno, excludente e mortífero, muitas vezes, até as formas mais sutis de violação, como a interdição civil colocada como recurso necessário à vida de um sujeito em sofrimento mental. É como se a experiência da vida, na loucura, apenas fosse possível com a destituição do sujeito de direitos, fazendo deste um sujeito amputado e subtraído da responsabilidade que anima e delimita a liberdade como exercício de aprendizado do viver.

Por isso, a humanização na saúde mental ganha um sentido mais ampliado. Aqui, é preciso ir além da abolição das práticas que violam direitos, desrespeitam a cidadania; faz-se necessário ir ao ponto de raiz da humanização: o reconhecimento do outro como ser igual a mim – em direitos e, radicalmente distinto, em sua subjetividade. Quando a saúde se humaniza ela descobre, ou melhor, redescobre algo que não devia ter esquecido: nossa prática é a arte humana de buscar alívio para a dor, e como arte que é, é também instrumento de invenção de novos modos de existir.

A desconstrução dos muros: 20 anos de história

Até 1993, Belo Horizonte relacionava-se com a loucura que a habita tendo o manicômio como único mediador. Não havia, até aquele momento, nada do que integra o cenário das práticas substitutivas. Não havia outra marca, nem outra referência cultural além da secularmente estabelecida. Gradualmente, e por sucessivos gestos de decisão, outra

arquitetura, novos lugares e modos de cuidar ganharam materialidade e introduziram na cena urbana imagens que até então pertenciam ao campo das utopias.

Distintos pontos de referência da loucura multiplicam-se e respondem por nomes antes desconhecidos entre nós. Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam), Centros de Convivência, Equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Equipes de Saúde da Família, Samu, Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno, Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários, Consultórios de Rua, Equipes Complementares de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, Arte da Saúde, todos inexistentes até 1993, realidade em 2012, são singulares estações de cuidado e de invenção de vida que compõem a rede substitutiva. Uma realidade potente e vigorosa, que exige ampliação e fortalecimento para continuar a tecer a cidadania com fios singulares e vivos.

A transformação operada neste intervalo não alcançou ainda sua meta: a substituição de todos os hospitais psiquiátricos, primeira etapa do processo de desconstrução da lógica manicomial. Neste período, a construção da rede substitutiva deslocou o eixo da questão, diminuiu acentuadamente o número de leitos psiquiátricos e a presença do manicômio na vida, nos corpos dos sujeitos e no desenho da política, e precisa manter-se nesta direção para, enfim, e num futuro próximo, substituí-lo integralmente, como é seu compromisso.

Em cada um dos serviços citados acima uma nova prática “desistitucionalizadora” se produz em confronto com a tradição. Outro modo de cuidar e como consequência deste, inventam-se, criam-se, a cada instante, outras formas e estratégias singulares para fazer margem ao sofrimento psíquico, mas também para alterar a percepção e os significados atribuídos pela sociedade a esta experiência. No permanente e, às vezes, tenso diálogo entre razão e loucura, os dois polos são convidados a encontrar o ponto de acordo e convívio. À razão é pedido, de início, que abra mão de suas certezas para reconhecer a lucidez presente na lógica de pensamento avessa a sua, e à loucura que não se feche em sua verdade, que abra espaços para a troca e o convívio. A Luta Antimanicomial desfaz o nexo que inventou e legitimou o manicômio: a desumanização da loucura, e convida ao reconhecimento da cidadania e da humanidade como condições estruturantes de um tratamento. Nesta outra lógica de abordagem da loucura, clínica e política se misturam produzindo novas subjetividades, novas relações entre os sujeitos que se encontram no cuidado em saúde mental.

Uma mesma diretriz ética orienta e conecta todos os pontos da rede. Para cada estação de cuidado vale a premissa de fazer caber no universal da cidadania o singular de toda diferença. Este princípio está colocado e orienta o trabalho em todos os momentos de encontro dos sujeitos com os serviços e suas equipes. Na crise ou fora dela o trabalho deve

orientar-se para ajudar os sujeitos a se manterem na vida, tratando seu sofrimento sem excluir seu corpo do convívio e, acima de tudo, sem autorizarem-se a suprimir os seus direitos de cidadão. Fazer caber a diferença implica dar suporte para a invenção do pertencimento, o oposto da adequação ao lugar prévio e normatizado destinado à produção de iguais.

Destacaremos o colorido próprio dado pela saúde mental à Política de Humanização, ou como esta é matizada no fazer da clínica antimanicomial. Escolhemos algumas perspectivas para ilustrar a compreensão e os efeitos da política de humanização no interior da prática dos serviços substitutivos: a valorização da palavra do louco, a produção artística/cultural, expressão criativa e criadora de outra inscrição da experiência da loucura, o retorno do exílio manicomial e a consequente (re)aprendizagem de tornar-se habitante de uma cidade, a inserção dos sujeitos nos dispositivos de cuidado não especializados, particularmente na atenção básica e, por fim, a expressão da palavra do cidadão, por meio da atuação do movimento social.

> "Hora da palavra. Quando não se diz nada.
> Fora da palavra, quando o mais dentro aflora"
> (VELOSO, 1991, Faixa 9)

A porta aberta de um Cersam, endereço privilegiado e estratégico na rede para o cuidado à crise, dá acesso a um cuidado radicalmente distinto do tratamento classicamente ofertado à dor intensa que afeta a alma, perturba os laços e por vezes coloca em risco os sujeitos, suas vidas, suas relações. Contornar pela palavra e não pela grade ou muro o sofrimento que se manifesta, cria possibilidades e impõe responsabilidades e compromissos, e é isto o que busca a Rede, em cada uma de suas estações, na acolhida a cada usuário, a cada situação que se apresenta. Buscar na palavra a via para esvaziar o sentido que atormenta e traz riscos, ressignificando o conflito que se instalou de repente ou redescobrindo no encontro com outra palavra, uma margem para o descanso. Palavras pronunciadas por corpos que se fazem endereço e suporte, habitantes de lugares que protegem e guardam múltiplos dizeres sobre o humano no homem, sobre o desvario e a regra, a criação e a rotina, sempre dosados pela medida singular do desejo e das capacidades que compõem as histórias individuais e coletivas.

A primeira borda oferecida por um Cersam vem da palavra, do acolhimento ao estranho e sua língua estrangeira e será o dizer de cada sujeito, a bússola a indicar o norte do cuidado, a saída do sofrimento ou o retorno, o contorno da subjetividade, do conflito que não encontrou sentido, trouxe perplexidade e desfez o arranjo que sustentava o curso do viver.

A um Cersam é possível chegar conduzido pela orientação da decisão pessoal, pelo querer próprio ou pelas mãos e apoio de outros, a família, os amigos, os serviços da rede de

urgência, o Samu ou pela polícia. E importa saber que é possível chegar, ser acolhido e tratado, sem a interposição de mecanismo burocrático.

Criado, estrategicamente, para substituir o hospital psiquiátrico e sua resposta padrão, este dispositivo desconstrói, ainda, a tradução da crise oferecida pela lógica manicomial. Todos os recursos postos à disposição do sujeito operam buscando articular os laços e as redes como modo de tratar o sofrimento, oferecendo acolhida nas margens da palavra e no trato delicado.

A singularização do tratamento, princípio do trabalho em um serviço como este, desfaz a clássica padronização que anula e amplia a dor, ao não reconhecê-la tão múltipla quanto são os humanos, e inova – humanizando o tratamento, ao inverter a resposta totalitária da internação, muitas vezes imposta aos sujeitos, pelo convite e consentimento ao tratamento.

Reconhecer o tratamento como um direito conduz a reconhecer, na mesma medida, que direito não se impõe. Cabe a cada um decidir quando e como gozará do bem que lhe oferta a cidadania. Fato que torna mais complexa a tarefa do cuidado e impõe a necessidade de um deslocamento: é preciso abandonar a posição autoritária para passar a investir na construção da parceria e do convencimento possível e respeitoso. Sustentar o convite ao tratamento torna mais complexa, exigente e rigorosa a tarefa, mas também, a faz inventiva.

O cotidiano destas experiências é feito de relatos inusitados, de curiosas cenas de soluções ou saídas não previstas em manual técnico-científico. Nessas cenas se destaca, sobretudo, a solidariedade como elemento fundamental na invenção de outros modos de habitar o corpo e a cidade, contornando, pela palavra, o sofrimento que transbordou e definindo, nas margens desta, as fronteiras da cidadania.

> "E se de repente a gente não sentisse
> a dor que a gente sente e finge.
> Se de repente a gente distraísse o ferro do suplício,
> ao som de uma canção"
> (BUARQUE, 1980, Lado B, Faixa 3)

Ao introduzir a arte e a cultura no conjunto dos dispositivos de substituição do manicômio escolhemos fazer mais que o estritamente necessário. Em outras palavras: entendemos que o necessário, para cada sujeito, nem sempre se equivale ao útil e tampouco precisa ser restrito. O necessário, para cada um, pode articular-se ao desejo e ter a ver com algum tipo de inquietação, com os sonhos que nos habitam e que só se satisfazem quando ganham formas, sons, letras ou gestos e nos levam para além de nós mesmos, endereçando ao outro, parte de nosso universo particular ou de nossa visada do mundo.

A arte insere-se, no projeto de desconstrução do manicômio, como um recurso a mais do qual os sujeitos podem lançar mão para se conectarem, para conviverem prazerosamente com seus semelhantes, podendo assim, transitar pela cidade não mais como um doente, ou ainda pior, como pura representação da doença, mas como alguém capaz de estabelecer trocas e, desse modo, dar testemunho dos inúmeros efeitos de tratamento do insuportável que o laço social favorece, seja pela via da arte, enquanto produção artística, seja pelo simples fato de ver-se incluído na família, ou por ter amigos.

Superado o obstáculo imposto pela razão de afastar-se da vida para tratar a dor, abre-se a possibilidade para a colocação de novas indagações. A reinvenção dos laços ou a tessitura fina e delicada destes ganha cores e vida quando sacia sua sede na fonte da cultura.

Temos aprendido e ensinado, na prática dos Centros de Convivência e no Arte da Saúde, em especial, que a arte é alento poderoso no trato da dor, mas é acima de tudo ferramenta potente na invenção de humanidades. O encontro da arte com a loucura, no trabalho fino e delicado das oficinas e projetos, propicia trocas criativas, lúdicas e gera obras de qualidade estética incontestável que testemunham o valor da aposta na liberdade e seus efeitos humanizantes e revolucionários.

Produzindo pensamento e beleza os participantes desta experiência vivenciam outras possibilidades de trato do sofrimento, encontrando na música, na arte, na poesia a suspensão do martelo do martírio, a distração ou o intervalo preciso que dá lugar ao trabalho do pensamento, à subjetivação da dor vivida e à sua transmutação em música, em arte cênica ou plástica, enfim, em reinvenção de si. Um fecundo trabalho e um rigoroso testemunho da humanização, em sua dimensão primeira: a atribuição de sentido e a representação ao mundo habitado, ou seja, a invenção do mundo dos humanos, espaço construído pelo movimento das mãos e pelo trabalho dos sonhos e do pensamento. Dimensões que nos distinguem, no reino animal, de todos os demais viventes.

"Onde pode acolher-se um fraco humano,
onde terá segura a curta vida?"
(CAMÕES, 2000, Canto I)

São conhecidas e ainda tristemente reais e cotidianas, em hospitais psiquiátricos brasileiros, as cenas de abandono. Moradores de lugares destituídos de dignidade, um número expressivo de sujeitos enclausurados em manicômios esperam pelo dia do fim deste cativeiro. Alguns, não chegarão a transpor este obstáculo e morrerão esquecidos. Esta condição revela a proximidade existente entre as instituições totais e os campos de concentração. Todos, sem exceção, são espaços de absoluta desumanização, de redução do outro à condição de objeto de um saber, de um discurso, de uma política; vidas violentadas e mortificadas que, quando tiverem a chance de regressar à cidade, necessitarão de suportes sutis e decididos

para readquirir o que de mais precioso se perdeu: a filiação a um território e a proteção ofertada pelas redes solidárias de pertencimento.

Após anos e décadas de exílio, no retorno à condição de habitante livre de uma cidade, os sujeitos experimentam e redescobrem o valor das pequenas e banais ações cotidianas nas quais tecemos nossa biografia. Ir à padaria, escolher o alimento predileto, decidir a hora do descanso e do lazer, ter agenda de compromissos, festa de aniversário, escolher as próprias roupas e responder, em conjunto, pela organização da casa, são decisões corriqueiras, absolutamente triviais e que fazem toda a diferença e desconstroem, em ato, o pesado processo de desabilitação que se abateu sobre os corpos e vidas, em nome de um tratamento.

A desconstrução da mais dura segregação manicomial conduziu a Reforma Psiquiátrica ao delicado aprendizado do ofício do joão-de-barro: aprendemos a construir moradias, passamos à invenção e à montagem de casas para fazer caber a diferença, resgatando o direito outrora suprimido, mas preservando neste espaço o sentido e a função atribuídos a qualquer casa: ser lugar para a habitação do humano, para a inscrição das marcas singulares e para a acolhida dos sonhos, das angústias e das alegrias que qualquer teto abriga. Cada serviço residencial terapêutico é, a um só tempo, reapropriação do direito à cidade e de (re)descoberta da humanidade esquecida.

> Uma vida que é vivida
> E outra vida que é pensada,
> E a única vida que temos
> É essa que é dividida.
> (PESSOA, 2011)

A tessitura da Rede, fio sobre o qual transitam os sujeitos e suas histórias de vida, encontra no cuidado longitudinal, desenvolvido na atenção primária em saúde, localização e compromisso que ampliam e fortalecem a clínica antimanicomial. A potência do encontro entre profissionais e serviços não especializados e os sujeitos com sofrimento psíquico ou mental resgata, para as diferentes equipes de saúde e para os usuários, a oportunidade de um fazer clínico rigoroso e delicado, sustentado pelo compromisso com a defesa da vida.

Na atenção básica em saúde o cuidado deve ser construído sobre o solo de um território conhecido e habitado com elaboração de histórias no aprendizado extraído dos encontros entre unidades, equipes de saúde e usuários. Em parceria com a Saúde Mental, a Saúde da Família, estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde para fortalecer os laços entre a porta de entrada no sistema e os usuários, empresta seu saber, suas tecnologias de cuidado e sua vinculação com o território para fazer mais viva a rede de desconstrução

do manicômio, dando a este projeto político o toque preciso do fazer clínico que devolve à loucura o direito ao corpo.

Tomando posição, a exemplo dos especialistas, as Equipes de Saúde da Família não recuam diante da loucura e fazem mais: introduzem, para os usuários e para a rede, a medida do cuidado, de fato, humanizado. O cuidado que atravessa a barreira do saber técnico, que não se deixa inibir por ele e devido a isso não recua, contribui para localizar o sofrimento como um dado e não mais totalidade de uma biografia. Circulando entre crianças que chiam, inquietam-se ou paralisam-se, adolescentes que interrogam e contrapõem a autoridade com a audácia de uma descoberta, mulheres e suas dores, idosos e suas fragilidades, sujeitos com sofrimento mental jovens, adultos ou idosos, encontram na atenção básica inscrição e cuidado para seus corpos e vidas, tanto a que sentem na pele quanto a que projetam no pensamento.

É preciso ainda destacar no cuidado ofertado pela rede básica a contribuição dos agentes comunitários de saúde, trabalhadores cujo saber não provém da técnica nem da ciência, mas do território e da experiência. São estes parceiros que nos informam sobre os modos como os sujeitos com sofrimento psíquico vivenciam o território, se são incluídos ou rechaçados pelas redes existentes nele, se aí encontram apoio e solidariedade ou se, ao contrário, vivenciam o abandono e a solidão. Este conhecimento é o diferencial que ilumina e, muitas vezes, aponta a saída possível para os casos. E lembramos aqui a ergologia francesa (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; TRAJANO, 2012) ao conceituar trabalho como atividade humana, um lugar em que a vida se manifesta, em que encontramos a “presença viva de uma pessoa”, com sua história, seus saberes, seus valores, suas experiências. Nesta perspectiva, diferentes saberes articulam-se na realização do trabalho: saberes disciplinares ou técnico-científicos e saberes “da experiência” ou gerados na própria atividade.

> “E transformando o mundo e a humanidade,
> transformai-vos. Saibam abandonar a si mesmos!”
> (BRECHT, 2003)

O constante e fecundo diálogo com o movimento social da luta antimanicomial é, sem dúvida alguma, um dos traços singulares da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte. A construção e a sustentação da Rede, mesmo em momentos de mudança na gestão municipal, é efeito da atuação e intervenção dos movimentos sociais no cenário político. É importante destacar que a criação desses espaços de exercício da força política dos atores que fazem a Reforma Psiquiátrica – usuários, trabalhadores, familiares, como coletivos cidadãos, engajados e comprometidos com a consolidação desta política – é tanto efeito quanto uma necessidade.

A luta antimanicomial, ao romper com a tutela do saber técnico especializado, inseriu na agenda das cidades o debate sobre o lugar social da loucura, ou seja, colocou esta questão na dimensão de problema da democracia e não mais uma questão restrita a especialistas e a profissões. Como pauta política, compete aos cidadãos sua condução e seu futuro.

A riqueza produzida nestes coletivos, que insistimos: são constituídos por cidadãos vindos de lugares distintos, despidos de insígnias ou etiquetas e comprometidos com a cidadania própria e a do outro, revela-se na construção da Rede, sempre mais criativa e coerente quando afinada com o pensamento e as propostas formuladas em conjunto com estes atores.

As saídas para os impasses e obstáculos que se apresentam, quando construídas coletivamente, são mais pontentes, pois já nascem da ação pública e têm como destino tornarem-se patrimônio coletivo, apropriado e defendido por muitos e, em especial, por seus beneficiários diretos: os usuários e suas famílias.

"Se lembra do futuro que a gente combinou"
(BUARQUE, 1977)

Revolucionando a prática de abordagem da loucura, a Reforma Psiquiátrica humanizou e transformou a clínica e o processo de trabalho voltado para o cuidado deste usuário, reinscreveu o sofrimento dando-lhe justa significação: uma contingência na experiência humana. Reformulada a questão foi possível abrir portas, dispensar grades, recusar a indústria da loucura e sua produção de mortes e dor para fazer surgir rostos e histórias de vida, necessidades a atender e direitos a conquistar e, indo muito além dos remédios e das terapias, descobrir o encanto na banalidade cotidiana e a surpresa do ato de criação poética, musical, plástica ou as palavras e os mundos escritos com linha e agulha.

As estórias ou os casos clínicos da saúde mental, registrados no interior dos serviços da Rede, são sempre crônicas sensíveis que revelam um labor essencialmente humano, criativo e corajoso e que por isso transmitem o melhor de um ensino em saúde. Não por acaso, algumas experiências de Reforma Psiquiátrica passam, agora, a acolher os novos trabalhadores em residências profissionais que buscam formar, transmitindo o saber que se constrói na prática.

Mas, eis que no meio deste percurso, medos e dúvidas, antes endereçados aos sujeitos com sofrimento mental, recolocam-se como uma interpelação ameaçadora à Reforma Psiquiátrica, a partir das necessidades dos usuários de álcool e outras drogas.

O conjunto denominado "outras drogas" inclui uma a qual se atribui o poder de perturbação da paz e do sono sociais: o crack. Mesmo que dados epidemiológicos demonstrem não haver magnitude no consumo capaz de justificar tão imenso temor, ainda assim, insiste a ordem pública e seu porta-voz, a mídia, no fraseado alarmista que legitima a violência e o arbítrio.

Diante disso, não há como não colocar a dúvida: restará ainda, passado o horror – que não sabemos quanto tempo durará – preservado um mínimo de cidadania no cuidado com os que equivocam na vida? Restará, para a saúde, trato humano e humanizado?

A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica não recuaram e aceitaram o desafio de propor lugar na saúde para inscrição da drogadição, decisão que as colocou no centro – como um alvo a ser abatido, de um debate confuso, ameaçador e superficial sobre o problema.

As complexas ramificações desta questão têm sido reduzidas à dimensão do consumo, posição que encobre ou ignora o óbvio: não existe consumidor sem vendedor, nem oferta sem demanda. Esta é a lógica do mercado! Contudo, as políticas públicas sobre drogas atualmente ocupam-se, de forma maciça, em tratar, reintroduzindo no campo terapêutico a violência e o autoritarismo como medida de cuidado. Traços de uma prática que a rede substitutiva se esforça para superar.

O poder de sequestro retorna e, com este, os lugares de segregação. E o que é pior, retornam em uma tentativa de composição impossível, ou seja, retornam como recursos e dispositivos de uma rede que se inventou para superá-los. O convite e o consentimento ao tratamento foram a primeira prova pela qual passou o cuidado em liberdade. E é preciso lembrar que a travessia foi exitosa, o que nos autoriza a propor e sustentar que a liberdade é terapêutica também na abordagem desta questão.

Loucura e drogadição são experiências eminentemente humanas. E a luta antimanicomial demonstrou que a humanização é a melhor medida de cuidado, pois recoloca no sujeito e em sua subjetividade aquilo que interroga e questiona a razão e sua lógica. A loucura – tanto aquela expressa pela estrutura psicótica quanto a adição às drogas, não retira dos sujeitos sua humanidade, nem pode subtraí-los de sua cidadania. Esta foi a primeira tomada de posição, primeiro corte estabelecido pela luta antimanicomial com a tradição, gesto que permitiu a desmontagem das práticas autoritárias, violentas e coercitivas e inaugurou o campo de possibilidades para invenção de uma política efetivamente comprometida com o sofrimento humano e com a defesa da vida.

E, ainda que este processo histórico não tenha se consolidado e transformado por completo a percepção social sobre a experiência da loucura, já não se pode falar dela ignorando as transformações que a ousadia antimanicomial produziu. Das leis à prática, uma real transformação operou-se e desnudou a crueldade da lógica manicomial e os efeitos de produção de vida do projeto que a subverte.

Sabemos que o diabo não há, que *o que há é homem humano*. E o que é do humano não nos é estranho! Por isso, apostamos na liberdade, que é o avesso da dependência, como remédio e direito para os que enlouquecem pela via da adição.

No início de nosso percurso as questões que tentavam impedir a implantação da prática antimanicomial não diferiam das que ora se formulam: o horror à loucura é semelhante ao horror ao *crack*, como se assemelha a afirmativa da incapacidade do sujeito para reconhecer a necessidade de ajuda, fato que justifica o recurso da internação involuntária. O que há de novo, além do deslocamento, do giro da questão agora endereçada ao corpo e à vida dos que usam e abusam das drogas? A triste novidade talvez seja não o *crack* e seus efeitos, mas os usos que dele têm sido feitos na política e na vida pública e que podem interromper, em nome da ameaça imaginária, o curso e o futuro das políticas públicas e da própria democracia.

Referências

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BELO HORIZONTE (Minas Gerais). Secretaria Municipal de Saúde. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte, 2008.

BENEVIDES, R.; BARROS, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? In: ______; BENEVIDES, E. (Org.). **Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: humanizaSUS: documento base. 4. ed. Brasília, 2008.

BRECHT, B. Peça didática de Baden-Baden. In: ______. **Poemas**: 1913-1956. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2003.

BUARQUE, C. Fantasia. In: ______. **Vida**. Rio de Janeiro: Phonogram Philips, 1980. 1 disco sonoro. 1 disco sonoro. Lado B. Faixa 3.

______. Maninha. In: ______. **Tom e Miúcha**. Rio de Janeiro: Marola Edições Musicais, 1977. 1 disco sonoro.

CAMÕES, L. V. Canto I. In: ______. **Os Lusíadas**. Rio de Janeiro: Martin Claret, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? In: ______; BENEVIDES, E. (Org.). **Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 43-45.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2001, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

PESSOA, F. Pensar . In: ______. **Cancioneiro**. Rio de Janeiro: Globus, 2011.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Rio de Janeiro: EDUFF, 2007.

TRAJANO, A. R. C. **O trabalho no SAMU e a humanização do SUS**: saberes-atividade-valores. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação Conhecimento e Inclusão Social, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

VELOSO, C; NASCIMENTO, M. A terceira margem do rio. In:______. **Circuladô**. Rio de Janeiro: Phonogram Philips, 1991. 1 CD. Faixa 9.

Reduzindo Danos e Ampliando a Clínica: Desafios para a Garantia do Acesso Universal e os Confrontos com a Internação Compulsória[1]

Tadeu de Paula Souza[2]

Sergio Resende Carvalho[3]

[1] O artigo não apresenta qualquer conflito de interesses e é fruto da tese de Doutorado em Saúde Coletiva pela Unicamp, intitulada A *norma da abstinência e o dispositivo "drogas": direitos universais em territórios marginais da saúde*, defendida em fevereiro de 2013 pelo primeiro autor, Tadeu de Paula Souza, tendo como professor orientador o segundo autor. Compôs o número temático sobre *Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização* da Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 2 n. 3, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/

[2] Psicólogo e doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp. Consultor do Ministério da Saúde pela Política Nacional de Humanização (PNH). *E-mail*: <tadeudepaula@gmail.com>

[3] Professor doutor em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva, Unicamp.

Resumo

Neste trabalho problematizamos o desafio de cumprimento do direito universal ao acesso em saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. Para isso, apresentamos alguns vetores que interferem na produção de saúde para esta população. Analisar os desafios do campo da Saúde nos conduziu à necessidade de compreender alguns vetores construídos historicamente e, ao mesmo tempo, conduziu-nos à necessidade de avaliar como estes vetores se atualizam no contemporâneo. Além destes aspectos cabe ressaltar o trabalho conceitual que propôs uma análise histórica do conceito de universalidade e dos diferentes sentidos que ele pode assumir.

Palavras-chave:

Drogas. Universalidade. Rede de saúde. Redução de danos.

Perspectiva da Redução de Danos

Uma importante estratégia de Redução de Danos surgiu a partir de iniciativas de troca de seringas, realizadas por uma associação de usuários de drogas na Holanda (a *Junkiebonden*), no início dos anos 80 (BASTOS, 2003). Diante das contaminações de hepatites virais causadas pelo compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, grupos de usuários passaram a criar estratégias para se proteger. Trata-se de um pequeno grupo que conciliou o desejo de continuar a usar drogas com a construção de estratégias de cuidado de si e dos outros. Essa experiência local inaugurou novas possibilidades de se falar sobre as drogas e sobre os usuários de drogas. Usuários que queriam se cuidar para continuar vivos e usando drogas iniciaram a construção de um novo plano discursivo sobre si e suas experiências, antes silenciado e posto na invisibilidade.

Como afirmam Foucault e Deleuze (1986, p. 71):

> Ora o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não precisam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber.

Este tipo de relação com as drogas deveria ficar invisível pelas tecnologias de poder que querem, a todo custo, associar uso de drogas a desejo de morte, descuido, criminalidade, ruína e doença. Como veremos, tecnologias estas agenciadas pela lógica da abstinência, para a qual o uso de drogas e o cuidado de si são atitudes incompatíveis. O que a Redução de Danos trouxe a contrapelo deste paradigma foi a dimensão singular da experiência do uso das drogas, evidenciando usuários que desejavam continuar a usá-las. Ao possibilitar que os usuários falassem em nome próprio, a Redução de Danos também tornava legítimas estas experiências. O que usuários de drogas dizem, pensam e sentem em relação ao uso de drogas? E o que dizem, pensam, sentem e fazem quando desejam continuar a usá-las? São questões que foram inspiradoras do movimento da Redução de Danos e que constituem uma perspectiva de análise sobre o fenômeno das drogas.

No regime de criminalização e de condenação moral dos usuários de drogas, estes, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença e o segundo a busca da cura. São convocados a falar somente na condição de doentes, sejam ex-usuários ou candidatos a ex-usuários. Uma segunda possibilidade seria falar na condição de réu ou criminoso. Não queremos dizer, com isso, que os usuários de drogas estivessem absolutamente silenciados. Nas pequenas rodas e no íntimo da privacidade ilícita as trocas de experiências sempre correram soltas. Mas esta perspectiva, a dos usuários de drogas que vivem a usá-las, nunca pode ser tomado como um discurso politicamente válido.

A partir da mundialização da epidemia de HIV/aids, a Redução de Danos foi inserida em um novo circuito institucional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu as estratégias de Redução de Danos (RD) no repertório de ações de combate a esta epidemia. As orientações da OMS e os financiamentos vindos do Banco Mundial possibilitaram que, em muitos países, a Redução de Danos fosse adotada como uma das ações de prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993 apud WODAK, 1998). O anteparo institucional criado pelas políticas mundiais de HIV/aids possibilitou que questões como direitos dos usuários passassem a ser pautadas localmente. Desse modo, as questões trazidas pela RD a respeito das experiências de pessoas que desejam usar drogas, passaram a ser tema de debate político em torno de busca de garantia de direitos humanos.

A RD passou a ativar um novo movimento, mesmo que minoritário, de defesa pelo direito ao uso de drogas, enquanto um problema não só de ordem pessoal, mas, sobretudo, como uma afirmação política. Usuários de drogas falando e agindo em nome próprio, criando estratégias de cuidado que incluem a possibilidade de usar drogas, produziram um curto-circuito frente às políticas hegemônicas que tendem os criminalizam. E para que seja possível constituir campos políticos, a RD propõe, em vez de regras coercitivas, que cada usuário constitua para si regras de cuidado, regras facultativas (FOUCAULT, 2006; SOUZA, 2007).

A RD tornou-se um dispositivo em que os usuários de drogas podem falar em nome próprio. Essa possibilidade inaugurada constituiu uma perspectiva de análise porque, por meio dela, podemos nos aproximar dos usuários de drogas e, assim, acompanhar o que eles dizem, sentem e fazem. Assim, a RD vai deixando de ser um conjunto de estratégias e passa a ser um conceito que abrange diferentes estratégias. A RD vai se tornando um modo de se pensar, falar, sentir e agir sobre as drogas: uma perspectiva.

Para além das polaridades

Acompanhando um caso em uma Unidade Básica de Saúde, uma equipe de referência solicitou-nos apoio para elaboração de um projeto terapêutico de uma senhora de aproximadamente 60 anos que abandonara o tratamento de diabetes em função da dependência com o álcool.[4] Ao fazermos uma visita domiciliar, a senhora disse que abandonara o tratamento da diabetes porque toda vez que ia à unidade os profissionais de saúde diziam que ela tinha de "parar de beber". Essa senhora era arrimo de família (três filhos e cinco netos) e, para essa senhora a bebida, como ela mesma comentou, não era seu principal problema. A dificuldade com os filhos e os netos era sua principal queixa e apontava para uma difícil situação existencial. Ao ser impelida a parar de usar álcool a senhora se sentia pessoalmente discriminada e não acolhida na sua singularidade, na sua história, no seu desejo e nas suas dificuldades. Dessa forma, em nome de uma norma (estar abstinente), outros problemas de saúde não eram acompanhados. Fora as simplificações

[4] Este caso foi acompanhado junto à disciplina de saúde coletiva do quinto ano de Medicina da Unicamp em que eles, com a supervisão dos professores, tem de elaborar um projeto terapêutico singular, a partir de um caso trazido pela Equipe de Saúde da Família. Este material foi fonte da pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva-FCM-Unicamp (Biopolítica das Drogas e Redução de Danos) e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa das Faculdades de Ciências Médicas – Unicamp.

que uma breve exposição pode produzir, queremos extrair aspectos que não se distanciam tanto das realidades cotidianas dos serviços de saúde.

A abstinência, como condição para o acesso ao serviço, foi posta pela Equipe de Saúde da Família, de modo muito distinto do modo como ela é posta em clínicas e em serviços especializados. Mas, em ambos os casos, a abstinência comparece como regra, norma que define uma fronteira entre o dentro e um fora do sistema e, ao mesmo tempo, um limite entre a cura e a doença, entre o normal e o patológico. São essas imagens polarizadas que vemos começarem a se formar: contra ou a favor; sim ou não; tudo ou nada; abstinente ou drogadito; para no limite esbarrarmos-nos com a dualidade bem e mal. A polarização produzida no campo das drogas reconhece duas posições e possibilidades extremas. É nesse jogo de polarizações e antagonismos que a RD acaba muitas vezes confundida com o polo oposto à abstinência. Se à abstinência corresponderia a faceta do “NÃO ÀS DROGAS”, a RD acabaria sendo arrastada para a faceta oposta, a do “SIM ÀS DROGAS”. Acusada de incentivar o uso de drogas, a RD enredada-se nesse esquema binário em que o campo da justiça define o que pode e o que não pode no campo da Saúde, especificamente no que diz respeito à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. É esse tipo de imagem formatada que faz com que uma parcela da sociedade civil, gestores, juristas, familiares, acreditem que a RD, por não dizer “NÃO ÀS DROGAS”, estaria inevitavelmente dizendo “SIM ÀS DROGAS”, associando-a com a imagem de um bando de usuários usando drogas livremente pelos estabelecimentos de saúde. Se, por um lado, essa operação não passa de um ataque banal a RD, por outro ela revela uma característica emergente que a RD traz para o campo das drogas: fazer surgir novas regras diferentes da regra da abstinência e de atrelar a saúde a uma terceira via que possibilite escapar do esquema jurídico do contra ou a favor, do lícito e do ilícito.

Quando a abstinência é tomada como regra única e superior, ela acaba por destituir outras possibilidades de regras. Isolada como única regra, torna outras possibilidades de regras em não regras, logo, em um “vale tudo”. Quando um determinado regime de saber-poder exige o “vale nada” como condição, toda e qualquer alternativa a esta proposta hegemônica é taxada como “vale tudo”. Mas é exatamente neste ponto que a RD se ergue como uma alternativa potente a este regime de saber-poder, pois para *reduzir danos* não pode “valer tudo”, não se reduz danos com enunciações que se alinhem com a lógica do “liberou geral”.

Antes de tornar-se uma norma médica e jurídica, a abstinência era uma norma religiosa. Esse dualismo maniqueísta antes de ser operado pelo binarismo da lei (lícito e ilícito) ou pela norma médica (normal e patológico) foi operado pelo dualismo religioso (bem e mal). Estes três âmbitos de construção de práticas sobre o corpo e sobre a vida operam

por polarizações. O ideal do mundo sem drogas congrega, no contemporâneo, regimes de saber-poder dentro de novas tecnologias de governo das condutas.

A saúde como campo de saber-poder não se encontra fora dessas tecnologias de governo, podendo muitas vezes estar a elas submetida, reproduzindo sua lógica. Mas pode também estar traçando linhas de resistência a essa lógica. A RD não contesta a abstinência como meta possível e desejável, mas a abstinência como regra absoluta, evidenciando que entre o "SIM" e o "NÃO" existe uma terceira via: o "COMO"? Arguir *como* podemos em sociedade viver com as drogas não é uma posição a favor ou contra as drogas, mas uma posição que busca apontar para os cuidados que devemos ter em relação às experiências com as drogas. Esse tipo de postura tenta desconstruir a noção de que as drogas são um problema em si, recusando a substancialização de um problema complexo que transforma uma substância em uma entidade quase com vida própria: as drogas!

Certa vez, andando de ônibus, sentei ao lado de uma senhora e logo vimos um rapaz morador de rua cambaleando e tropeçando em uma tentativa de seguir caminhando. A senhora assustada exclamou: "veja o que o *crack* faz com as pessoas"! Muitos outros signos, como a miséria, o desemprego, a desassistência, os modos de vida etc. foram subtraídos por um único signo – o *crack* – e numa operação cognitiva que permitia tornar localizável um problema complexo, a senhora resumiu um problema multicausal em um problema de causa única: as drogas como causa. A pergunta que me ficou foi se essa constatação deixava a senhora perplexa ou se de certa forma a deixava mais aliviada por poder localizar o problema. A eleição das drogas como um grande mal da atualidade permite concentrar esforços na sua eliminação e no seu combate, gerando uma polarização entre os que estão a favor e os que estão contra, sendo excluída uma terceira via.

Veremos como a RD, ao se opor a alternativa SIM x NÃO (as drogas), recoloca o problema das drogas fora do esquema polarizado e maniqueísta que busca reduzir um campo de múltiplas possibilidades em duas categorias rígidas. No diagrama de poder em que os enunciados de "NÃO ÀS DROGAS" comparecem como oposição aos enunciados de "SIM ÀS DROGAS", mais que a formação de posições contrárias se evidenciam complexas tramas de controle da vida. Nesse sentido, o SIM e o NÃO como única alternativa possível de apreensão deste fenômeno, que fecham um plano de múltiplas possibilidades em um campo antagônico, são códigos de um mesmo regime de saber-poder. Em uma primeira mirada mais superficial podemos acabar por concluir que o *vale tudo* e o *vale nada* são posições contrárias, mas precisamos olhar para uma dimensão mais genealógica deste problema e captar o instante em que as aparentes oposições formam um único esquema que captura por contradição, por polarização, por antagonismos. Se não formos capazes de sair dos antagonismos e das polarizações, estaremos enredados nas tramas desta forma

de controle. Se não formos capazes de criar caminhos alternativos ao SIM/NÃO estaremos aprisionados em um esquema bipolar.

Quando uma equipe de saúde ou mesmo um profissional de saúde, ao atender uma pessoa usuária de drogas, coloca para si a tensão "sou a favor" ou "contra às drogas", está formulando o problema da abordagem e do acolhimento a este usuário segundo uma perspectiva que o colocará em um antagonismo (combate ou simples aceitação) com a experiência de uso de drogas que está em curso na vida deste usuário. Em outras palavras, a clínica será conduzida a partir de um problema que foi mal formulado. O combate ou a simples aceitação são formas de não entrar em contato com a experiência em curso. A direção proposta pela Redução de Danos, de acolher o outro na sua diferença, atualiza um sentido de universalidade aliado à dimensão singular da experiência com o uso de drogas que cada um pode ter.

Individualização do fracasso: da abstinência à recaída

Atualmente, há um movimento de denúncia e análises do fracasso da guerra às drogas. Autoridades como Bill Clinton e Fernando Henrique Cardoso,[5] entre outros, avaliam que a guerra às drogas não alcançaram seu objetivo inicial, e que por isso é preciso revê-la. A que outros objetivos, que não o fim das drogas, a política de guerra às drogas se destina? A finalidade da guerra às drogas não era simplesmente a extermínio do consumo e da produção de drogas sobre o planeta. Como uma estratégia inviável de saída se fortaleceu e ganhou mais consistência na justa medida em que seus objetivos expressos fracassavam?

[5] Este movimento fica bem descrito no filme Quebrando Tabu (2011) e Cortina de Fumaça (1995).

Apontar as contradições da guerra às drogas não é nada mais que identificar um estado de coisa, não podendo ser o fim de uma análise crítica. Sobretudo em uma modalidade de governo em que contradição não é sinônimo de fraqueza, nem mesmo de fracasso. Não se trata de abordar a história a partir dos erros e das contradições, mas de buscar identificar que regimes de verdade dão sustentação às falhas e às contradições. É nesse sentido que Foucault (2008) propõe substituir a lógica da dialética pela da estratégia. A lógica da dialética é uma lógica que põe os termos contraditórios para definir uma solução unificadora, que supera as contradições e constituiu uma unidade. A lógica das estratégias é uma lógica que permite analisar os meios pelos quais termos heterogêneos são conectados e que, mesmo conectados, não deixarão de ser díspares entre si. "A lógica da estratégia é a lógica da conexão do heterogêneo e não a lógica da homogeneização do contraditório" (FOUCAULT, 2008, p. 58).

Racismo e teoria da degenerescência foram as bases conceituais para que a Medicina impusesse, desde o século XVIII, a internação compulsória como meio para tratamento. As primeiras iniciativas antidrogas de interesse internacional foram capitaniadas pelo bispo e advogado Charles Brent após sua chegada às Filipinas. Tido como um dos

principais articuladores da Comissão Internacional do Ópio, vê-se em seu discurso oficial a articulação entre moral religiosa e racismo, verificada na carta enviada pelo bispo ao presidente Roosevelt, em que condenava um governo cúmplice da busca de ópio por raças degeneradas. (ESCOHOTADO, 2005; ARAUJO 2012). O problema geral do racismo e das raças degeneradas foi o alicerce biopolítico que sustentou a associação entre drogas e a ameaça a espécie humana. O estado moderno não inventou o racismo, mas seu uso dentro do regime biopolítico ganha contornos inovadores. A associação entre hábito cultural (de "raças inferiores") e ameaça geral à vida foi a matriz discursiva para que diversas tecnologias de poder fossem agregando volume e adensando uma verdade sobre as drogas. Em uma sociedade em que a vida é objeto de intervenção política, o direito à morte e à restrição da vida só pode ser atribuído a alguma coisa que ameaça a própria vida, a vida da espécie humana. A noção de raça estabelece um corte no contínuo biológico da espécie humana, uma diferenciação que se hierarquiza entre as raças inferiores e raças superiores, entre as raças que devem viver e as raças que devem morrer. "Isso vai permitir ao poder tratar uma população como uma mistura de raças ou, mais exatamente, tratar a espécie, subdividir a espécie de que ele se incumbiu em subgrupos que serão, precisamente, as raças" (FOUCAULT, 2005, p. 395)

Apesar de séculos de ineficiência e de fracasso, a proposta de internação compulsória continua a ressurgir nos corredores que ligam o Poder Legislativo ao Poder Executivo, inclusive na atual cena da política brasileira. Por um lado, isso torna evidente que é em nome da vida que o Estado revigora o poder soberano de sequestro e de morte de parcelas específicas da população. Por outro lado, isso permite avançar no entendimento da função estratégia que a norma geral da abstinência cumpre para a biopolítica das drogas.

Se novamente a internação compulsória nos conduz para uma estratégia que fracassa em seus objetivos é porque precisamos entender sua função estratégia para além dos interesses explícitos. Se uma estratégia fracassa há séculos e ainda mantém um valor de uso para a sociedade é porque essa estratégia cumpre uma função que se ajusta e se potencializa no próprio fracasso.

Teremos de identificar como as falhas, as contradições e as fissuras são os meios pelos quais se governa. Dito de outra forma, será preciso apresentar essas falhas, não como ponto fraco do atual sistema de governo das condutas, mas como o ponto forte, o meio pelo qual o governo dos homens aumenta o poder de definir condutas e de normalizar a vida.

Quando Foucault (1977), por exemplo, extrai da suposta falha das prisões, não uma análise da sua função específica, mas uma análise da sua posição estratégica entre um regime de poder, ele extrapola uma análise das falhas e das contradições como dados finais, mas como meios para se buscar outras finalidades que se operacionalizam além do discurso

criminológico, ou seja, além do "cientificamente" dito. Em uma análise sobre o regime disciplinar, Dreyfus e Rabinow (2010, p. 256-257) trazem a seguinte análise do pensamento foucaultiano a respeito do fracasso das prisões:

> A questão não é: porque as prisões fracassaram? Ao contrário, a que outros objetivos serviram seu fracasso, que talvez não seja um fracasso? A resposta de Foucault é direta: "Seria necessário então supor que a prisão e, de um modo geral, sem dúvida os castigos, não fossem destinados a suprimir as infrações, mas, antes, a distingui-las, distribuí-las, utiliza-las; que eles visem não tanto a tornar dóceis aqueles que estão prontos para transgredir as leis, mas que tendam a organizar as transgressões as leis em uma tática geral das sujeições." (FOUCAULT, 1977 apud DREYFUS; RABINOW, 2010, p. 256-257). As penitenciárias, e talvez todo poder nomalizador funcionaram onde eram apenas parcialmente bem sucedidos.

Mesmo que uma pequena parcela, entre os que são internados para tratamento, continuam abstinentes após este processo, continua-se havendo propostas de internação compulsória para usuários de drogas. Para que esse processo seja eficiente em seu poder discursivo de produção de subjetividade, esta maquinaria do fracasso precisa se apoiar na gravidade do caso para o qual a noção de *recaída* cumpre um papel fundamental. A recaída comparece como medida, não do fracasso da instituição, mas como medida da fraqueza individual e da gravidade da doença, reforçando a necessidade de um exercício de poder que exclui a opção, a opinião e o desejo do sujeito doente. O que seria a recaída? Ao ser um meio de individuar o fracasso e o índice da gravidade da doença, a recaída ganha estatuto de uma verdade sobre a natureza deste indivíduo. A recaída só se coloca em um sistema de signos e de valores governados pela lógica de que o objetivo final desta estratégia é a vida livre de drogas.

Por que o retorno ao uso de drogas após um período de abstinência tem que ser significado como uma queda? Não poderia este movimento ser significado como um retorno? A noção de queda tem, assim como a noção de abstinência, um fundamento religioso. Recair é, antes de tudo, uma queda da alma que se deixou levar pelas tentações pecaminosas. Quando a saúde adota estes termos como signos que dão sentido e constituem um regime de valores e de verdades, entre as instituições de saúde e as instituições religiosas passa a se constituir uma contiguidade. A constituição de uma rede pastoral-medicalizada conecta uma infinidade de termos heterogêneos que definem uma rede de governamentalidade da população. A recaída torna-se o próprio motor de um ciclo vicioso, de um sistema que se alimenta da falha à medida que individualiza. A dependência química, como doença crônica incurável, recoloca nas mãos da Medicina o poder de dependência infindável, antes

realizada pelo poder pastoral religioso (FOUCAULT, 2009). Ao definir um diagnóstico que retira do sujeito o poder de decisão sobre si, a Medicina define uma linha de conexão com a segurança e com o poder de polícia.

A abstinência deve continuar a ser uma busca, mesmo que para isso se use a força. Se, do ponto de vista de efetivação da cura, a internação compulsória é um fracasso, do ponto de vista de esquadrinhamento e da normalização do *socius* esta medida continua a ser potente, servindo como regime de visibilidade e de dizibilidade sobre as experiências com as drogas.

Em uma sociedade que construiu as drogas como figura de ameaça da segurança individual e das famílias, o fracasso da medida repressiva será apenas índice de que esta repressão não está sendo suficientemente repressiva. O fracasso não gera um recuo da medida adotada, mas sim uma intensificação dela. A abstinência tem sua sustentação não na sua efetividade, mas no seu poder simbólico do ideal de uma sociedade livre desta ameaça. A internação compulsória, sendo um *mix* de punição e de medida de tratamento, mantém provisoriamente este ideal. A recaída é um ponto fundamental deste circuito que se fortalece à medida que fracassa. É sob o signo da doença e de sua gravidade que o fracasso será creditado, sendo a recaída uma manobra de individualização do fracasso. Passa-se a se pensar em adequação do sistema de exclusão, seu aperfeiçoamento, sua sofisticação para que um dia este estado seja permanente para um conjunto maior da população internada. Abstinência como meta, dependente químico como diagnóstico e internação compulsória como medida são acionados como um círculo vicioso que individualiza o fracasso e, ao mesmo tempo, possibilita uma intervenção de corte populacional, um regime de saber-poder-subjetivação que é simultaneamente individualizante e totalizador: uma biopolítica das drogas.

Universalidade e clínica ampliada: confrontos e encontros entre Redução de Danos e abstinência

Partimos do esforço para que o tema das drogas seja um ponto de problematização do próprio SUS, por um lado, e, por outro, faremos com que os princípios e as diretrizes do SUS possam fortalecer e qualificar a discussão sobre as políticas de drogas. Interessa-nos, igualmente, discutir o SUS e a especificidade do campo das drogas. E faremos isso tratando estas duas instâncias como dobras que não se contém inteiramente: o tema das drogas não cabe inteiramente no SUS; os problemas vividos pelos usuários de drogas no sistema de saúde são constituídos por forças que atravessam, interferem e redirecionam a política do SUS. Por outro lado, o SUS, não se resume à problemática das drogas, e enquanto campo em construção, pode atualizar e reforçar um conjunto de forças (e relações de poder) constituídas historicamente, como pode produzir mudanças e alternativas potentes para

a vida dos usuários de drogas. É dentro deste jogo de forças que inserimos a Redução de Danos, como um conceito que tem uma face voltada para o SUS e uma face voltada para outras forças políticas, que uma vez constituídas fora do SUS, podem interferir no rumo do próprio SUS.

Reduzir dano como objetivo das ações de saúde para usuário de *crack*, de álcool e outras drogas indica que a RD investe sobre as experiências com as drogas que se tonaram danosas. Disso se subtrai três conclusões lógicas: a) a primeira é que a RD parte do fato empírico de que nem todas as experiências com as drogas são danosas; b) a segunda é que nem todos que têm relações danosas com as drogas desejam parar de usar drogas; c) que os danos podem ser de diversas ordens, cabendo ações em saúde que atentem para esta diversidade e possam trabalhar com a especificidade de cada caso (TEDESCO; SOUZA, 2009).

Parar de usar drogas como meta terapêutica se torna uma possibilidade e não a única meta para *todos* os casos. Esse é o primeiro confronto direto da RD com a abstinência: não se trata de um confronto com a abstinência como *meta possível*, mas da abstinência como *regra absoluta*.

Quando a *abstinência* comparece como norma médica e jurídica (SOUZA 2007; PASSOS; SOUZA, 2011) que define como campo possível para o tratamento de usuários de drogas, a suspensão necessária do uso de drogas, o campo da Saúde é posto em contradição, uma vez que exclui as pessoas que não aceitam a abstinência como condição e meta para o seu tratamento; sejam estas pessoas conscientes ou não de sua posição subjetiva e desejante. O que fazer com essas pessoas? Negá-las cuidado em saúde? Forçá-las ao tratamento? Propor alternativas a abstinência? É o sentido de universal que entra em cena, uma vez que o "todos têm direito" entra em conflito com o "todos devem parar de usar drogas para terem direito". Precisamos analisar os sentidos de "todos" operados pela universalidade e pela abstinência como norma absoluta. Os modos de apropriação do princípio de universalidade ganham sentidos distintos a partir das diferentes normas que efetivam o acesso e o cuidado em saúde. Quando falamos que a abstinência é uma norma, precisamos analisar o agenciamento universalidade-abstinência como um operador das relações em saúde.

Quando as práticas de atenção à saúde são direcionadas pela abstinência, seja como regra, norma ou meta terapêutica, o sentido de universalidade de acesso encontra-se condicionado e a clínica se vê reduzida ao objetivo de remissão de sintoma. Isso em si não é algo exclusivo da abstinência, uma vez que qualquer serviço ou rede de atenção em saúde possui condicionantes, mesmo em um sistema universal. Em que medida a abstinência como condição para todos os usuários de drogas gera inevitavelmente uma limitação de direito e acaba por impor, não somente condições, mas restrições ao acesso?

Em uma suposta reunião entre gestores para definir os caminhos da política de saúde para usuário de drogas, em um determinado estado brasileiro, debateu-se sobre ao atual documento (portaria) que define as diretrizes para implementação das Redes de Atenção Psicossocial: "como pode constar neste documento que a Redução de Danos será uma diretriz? Quer dizer que os usuários de drogas vão poder circular livremente usando drogas na instituição? Na minha instituição são realizados exames de urina diariamente para impedir que os usuários usem drogas durante o tratamento" A pergunta que veio desta arguição foi a seguinte: "e o que acontece com os usuários que não aderiram à proposta de abstinência? Voltarão para as cracolândias sem tipo algum de cuidado em saúde? O SUS como um sistema de saúde universal não pode deixar de prestar atendimento para a parcela da população que não adere à proposta da abstinência."

A abstinência como regra absoluta insere o sentido de universal proibicionista, operando como um conceito que agencia um conjunto de pretensos universais: uma concepção universal de saúde como sinônimo de vida livre das drogas, o universal de que as drogas fazem necessariamente mal à saúde, um universal de que todos devem parar de usar drogas. Segundo Jullien (2009), a noção de universalidade surge de três impulsos da história humana, que não possuem genealogias em comum. O primeiro é a noção de universalidade do conhecimento, surgido da filosofia pré-socrática, em que o conhecimento verdadeiro surge do afastamento das singularidades e do caos da experiência. Essa noção de universalidade constituiu uma primeira separação entre universal e singular e foi a base para o conhecimento científico. Uma segunda noção de universalidade vem do direito romano, que constitui as bases para a universalidade do acesso, por exemplo. Um terceiro sentido de universalidade surge com o cristianismo, em que a salvação é posta como um universal, diante do qual devemos agir no presente segundo regras morais que vão garantir no pós-vida a eterna salvação das almas. A abstinência delimita um campo de práticas totais que fazem do universal uma âncora de produções de verdades sobre o homem, sobre a saúde, sobre a vida e define uma regra única para todos os indivíduos. O sentido de singularidade, neste caso, fica subsumido a uma regra maior e primeira, o que implica dizer que a singularidade é um modo específico de se aplicar uma regra geral, mas desde que esta singularidade esteja em adequação a esta regra. Trata-se, portanto, de um sentido fraco de singularidade, pois, neste caso, o singular está submetido ao geral: para cada caso um modo específico de se alcançar a abstinência. Um sentido forte de singularidade deve pressupor uma relação em que o caminho para cada caso tenha como referência a constituição, não de um plano geral e universalmente válido, mas um plano de constituição de coletivos e de produção do comum. A clínica da redução de danos cria uma potente aliança com a clínica ampliada e compartilhada, pois se torna necessário pensar em projetos terapêuticos singulares que acolham a singularidade de cada caso (CAMPOS, 2007a, 2007b;CUNHA, 2005; BRASIL, 2009). Por outro lado, uma equipe de saúde pode trabalhar na perspectiva da clínica ampliada, ou seja, atento para a subjetividade de

cada sujeito e não reduzindo a ação clínica a queixa-conduta pautada na doença, até que entre na cena terapêutica a relação com as drogas. É possível e comum que muitas equipes, no momento em que a narrativa da história de vida passa pelo uso de drogas, sejam atravessadas por valores morais que reduzam sua capacidade de acolhimento e de escuta. Nesse sentido, a clínica ampliada, para que se exerça na sua radicalidade, precisa ser também uma clínica da redução de danos.

Na experiência concreta da Redução de Danos, para que seja possível abordar a especificidade de cada situação, de cada usuário e de cada história de vida é necessária a existência de espaços de cogestão (CAMPOS, 2007a, 2007b) que possibilitem o compartilhamento de experiências. O compartilhamento de experiência e posições éticas sobre o cuidado de cada caso implica um exercício de construção de novos parâmetros e critérios que orientam a ação, sem que para isso tenha de se partir de uma referência universal que oriente todos os casos para a mesma direção. Esse exercício de por em análise o processo de trabalho constitui um plano de referência imanente à experiência, caso contrário seria o puro caos ou um puro relativismo. É nesse ponto que vemos uma passagem da noção de universal para a noção de comum (SPINOZA, 2009; NEGRI; HARDT, 2005; JULLIEN, 2009).

O comum implica no compartilhamento de experiências em que as diferentes singularidades possam expressar-se. Normalmente, somos guiados por uma racionalidade em que o compartilhamento tende a ser apreendido na forma do conjunto, da identificação e da semelhança. O conceito de produção do comum implica pensarmos uma forma de compartilhamento e de cooperação em que, justamente a diferença e a singularidade, são ao mesmo tempo um efeito do encontro de corpos e o que se busca produzir neste encontro. Não importando tanto as diferenças em si, mas os processos de diferenciação e de constituição de modos de vida singulares. Nessa forma de pensar a produção de referências que guiam as nossas ações são produzidas pelo próprio compartilhamento de experiências e não por um ponto estático além da experiência. A produção do comum implica processos de construção de referências, de direções e de normas em que novas sensibilidades possam ser ativadas. Qual o momento para se indicar um usuário de *crack* em situação de rua um tratamento específico para o problema de drogas? Quando indicar a um usuário em situação de rua que ele precisa parar de usar drogas? Um tipo de proposição desta natureza, em um contexto de rua não pode ser uma regra geral, ou algo que se deseja a todo momento para todos os casos. Isso seria insuportável e frustrante, para os trabalhadores e para os usuários.

Um caso emblemático ocorreu quando uma mulher que usava dez pedras de *crack* por dia, em média, recebeu de sua tia a notícia de que sua mãe havia falecido.[6] Essa mulher ficou dias perturbada, pois não conseguiu ir ao enterro da própria mãe. Ao longo de

[6] Este caso foi acompanhado na supervisão de redutores de danos do município de Campinas – SP na pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva – FCM – Unicamp (Biopolítica das Drogas e Redução de Danos) e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa das Faculdades de Ciências Médicas – Unicamp.

uma semana ela passou a usar de 30 a 40 pedras de *crack* por dia. Até que um certo dia outro morador de rua, amigo dela, deu um abraço nela e disse "– eu sei que alguma coisa aconteceu contigo, não sei o que foi, mas você está precisando de ajuda porque assim você vai morrer". O homem deu um abraço nela e ela começou a chorar sem parar compulsivamente. Nesse dia, essa mulher só pensava no Paulinho, redutor de danos e referência para aquele território. Quando, no dia seguinte, o Paulinho chegou fazendo o trabalho de campo ele percebeu que havia algo de diferente com esta mulher. Ele se aproximou dela e os dois começaram a conversar e ele então perguntou sobre tratamento. Nesse momento ele percebeu que seria uma abertura para que ela fosse ao Caps ad, mas ele avaliou que pelo estado físico dela seria melhor levá-la ao Centro de Saúde para fazer uma avaliação clínica, pois estava muito debilitada.

Essa passagem expressa bem o processo de produção de direções pautadas não por uma norma geral. Não é possível abordar todos os casos na rua sentando e parando para conversar, como não é possível indicar a todos os usuários uma visita ao Centro de Saúde ou ao Caps ad. Essa sensibilidade que permite lidar com a singularidade de cada encontro implica na construção de um plano comum, de compartilhamento em que as ações são guiadas por pistas que indicam o momento de ser abordar com mais profundidade, momento de se acompanhar até um CS, momento de se acompanhar até um Caps ad, momento de dar preservativo. E estas pistas são construídas coletivamente.

Como já afirmamos, tentar operar de modo homogeneizante é um desvio do sentido de universalidade. Para Jullien (2009), a universalidade deve se resumir a um operador lógico. Sua aplicação é lógica e formal, não podendo ser efetivada como uma prática totalizante. O universal não pode ser confundido com total, sob o alto preço de ser reduzido a uma tentativa de uniformizar, homogeneizar, quando não em forma de autoritarismo. A universalidade é, portanto, uma referência *do que deve ser feito* – garantir acesso a todos – e não do *como deve ser feito*. O como deve ser feito está melhor descrito pela equidade, pela redução de danos, pela clínica ampliada e por outras diretrizes metodológicas (BRASIL, 2008).

A abstinência, quando se autointitula como única regra possível, torna qualquer outra forma de regra, que não esteja a ela submetida, uma espécie de não regra. Mas ao fazer isso a abstinência compete diretamente com o sentido de universalidade do acesso enquanto um recurso jurídico e estabelece limites ao próprio princípio do SUS. No limite do seu exercício ela buscará incluir a todos, logo para aqueles que não aderem por vontade própria, passam em nome da saúde a serem forçados. A utilização da força torna-se uma consequência operatória do próprio princípio de abstinência. Vemos a abstinência ser o operador, o código de conduta que faz o agenciamento entre o campo da saúde e o campo da segurança e da justiça. A abstinência torna-se uma espécie de código totalitário que agencia uma rede institucional sob a alegação de estar a serviço do "fazer o bem".

Não se trata de dizer que esta força compulsória tenha como fonte de irradiação as instituições da Saúde e mais de dizer que as instituições de saúde podem ser meios para operacionalizar esta lógica. Não é raro encontrar diversas instituições que pregam a abstinência como única meta possível, alegarem a seu favor que aqueles que não desejam se tratar, ou até mesmo que não desejam parar de usar drogas, não são obrigados a permanecerem em tratamento.

Mas acontece que, malgrado as posições de certas instituições nesta direção, as forças que as constituem não operam exclusivamente do interior destes estabelecimentos, mas de um diagrama de poder em que a abstinência passa a operar como regra mestra que condiciona de fora para dentro a partir de outras forças institucionais. Pois, se cabe a determinadas instituições definir seus limites internos, outras forças irão ocupar-se de arguir sobre aqueles indivíduos que não aceitaram de forma espontânea o tratamento: a polícia, a justiça, a família, a mídia, a Medicina, a igreja são só alguns exemplos de forças que irão arguir sobre o conjunto da população que não aderiu de forma espontânea ao tratamento para se ver livre das drogas. A própria regra da abstinência torna-se compulsória à medida que ela passa a operar sobre o conjunto da população.

Iniciativas de "internação compulsória" e/ou "acolhimento compulsório" para usuários de *crack*, álcool e outras drogas, correspondem a esta faceta despótica da utilização perversa da universalidade. O anseio de totalização no campo das práticas são antes de tudo formas autoritárias de governo ou de governos *totalitários*. É nesse sentido que apontamos que a universalidade só pode ser um operador lógico e não um operador metodológico. Ele tem uma função de princípio, de ser referência incondicional em vista do que diversos movimentos podem, em nome da vida, apoiar-se e afirmar sua singularidade. Mas o contrário bem que pode acontecer: de ser uma referência para que em nome da vida se aplique condutas que apaguem as singularidades, uma vez que a elas são alheias.

Uma medida compulsória não se atenta para as singularidades, para a história de vida de cada sujeito, para o modo específico como o uso de drogas passou a compor com sua vida. Ela se aplica de forma total, igualmente a todos independente de suas opções, modos de vida e escolhas pessoais. Eis o ponto em que o divórcio entre o universal e o singular se torna uma arma perversa em nome da vida, da segurança e da saúde da população; um biopoder.

A emergência da população, ou melhor, da vida da população como objeto de governo (FOUCAULT, 2008, 2009) trouxe um conjunto de novas relações de poder que nos ajudam a constituir este complexo mapa definido para as políticas de drogas, que tem na abstinência uma norma de conduta. A aproximação entre as análises foucaultianas sobre a vida e as análises sobre os sentidos de universalidade nos trouxe um mapa em que a

saúde, enquanto campo de governo dos homens, é constantemente regulado por normas que redefinem rumos para as práticas universais.

Conclusões

A Redução de Danos, ao abrir-se para o encontro de cada experiência como uma singularidade, constitui vínculos afetivos suficientemente consistentes para que a vida que se expressa na relação com as drogas possa criar novas regras que podem ou não incluir as drogas. Esse processo instaura um processo de normatividade, de criação de novas regras de si que emergem do encontro com o outro. Em contraponto ao processo de normalização em que abstinência busca impor uma única regra, tornando todos igualmente salvos e curados das drogas.

Os modos de vida devem ser apreendidos na sua contingência, na sua multiplicidade, nas diferenças e nas singularidades. Logo, não cabe ao direito, ou se preferirem ao Estado, a função de totalizar no campo das práticas. O exercício estatal de totalização no campo das experiências da vida dar-se-á necessariamente sobre a forma do autoritarismo. Quando o universal do direito é acessado por forças autoritárias, passa a valer um sentido de universal enquanto imposição. O "todos" da lei pode ser operado por tecnologias de governo que definem que todos devem ser: saudáveis, livres das drogas, alocados em lugares protegidos etc. Não estaríamos aqui nos referindo às cenas do higienismos, ou quando, mesmo em nome de um direito universal, se propõe medidas como Internação Compulsória que independem das singularidades de cada vida? A universalidade é apropriada por práticas de dominação em um uso despótico do conceito. O efeito inevitável é uma suspensão dos direitos e das liberdades individuais, a instauração de um estado de exceção. Estamos o tempo todo às voltas com esta possibilidade de definir como legítima a instauração, quando não de um governo totalitário, de situações em que o uso da força se justifica. Por isso que a defesa da universalidade como função lógica e não prática depende não só de uma compreensão filosófica e epistemológica, mas dos modos como este conceito é acessado. A articulação entre redução de danos e clínica ampliada indicam caminhos promissores para que as práticas de atenção e de gestão para usuários de álcool e outras drogas estejam ancoradas no sentido libertador de universalidade, como garantia ao acesso com inclusão das singularidades de cada sujeito.

Referências

ARAUJO, T. **Almanaque das drogas**: um guia informal para um debate racional. São Paulo: Leya, 2012.

BASTOS, F. I. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: SAMPAIO, C.; CAMPOS, M. (Org.). **Drogas, dignidade e inclusão social**: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003. p. 15- 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

______. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

______. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e ouras drogas**. Brasília, 2003.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007a.

______. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2007b.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madri: Espasa Calpe, 2005.

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. In: ______; ______. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 69-78.

______. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

______. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

______. O uso dos prazeres e as tecnologias de si. In: ______. **Ditos e escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p 192-217.

______. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

JULLIEN, F. **O diálogo entre as culturas**: do universal ao multiculturalismo. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

NEGRI, A.; HARDT, M. **Multidão**: guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

SOUZA, T. **Redução de Danos no Brasil**: aspectos históricos e políticos. 2007. Dissertação (Mestrado Estudos da Subjetividade) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

TEDESCO, S.; SOUZA, T. P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S. R et al. (Org.) **Conexões**: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 141-156.

WODAK, A. Redução de danos e programa de troca de seringas. In: BASTOS, F. I. et al. (Org.). **Troca de seringa**: drogas e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 55-72.

Acesso e Compartilhamento da Experiência na Gestão Autônoma da Medicação: O Manejo Cogestivo[1]

Jorge J. Melo[2]

Paula B. Schaeppi[3]

Guilherme Soares[4]

Eduardo Passos[5]

[1] Esse trabalho é fruto de pesquisa apoiada pela Faperj, 2011.

[2] Doutorando do programa de pós--graduação em Psicologia Universidade Federal Fluminense (UFF).

[3] Doutoranda do programa de pós--graduação em Sociologia da Université du Québec à Montreal (UQAM).

[4] Psicólogo, colaborador do projeto de pesquisa.

[5] Doutor em Psicologia, professor associado do Departamento de Psicologia e do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Resumo

Propomos neste artigo uma discussão sobre a gestão autônoma da medicação (GAM) como prática humanizada em saúde mental. De sua emergência nos equipamentos alternativos quebequenses à sua versão brasileira acompanhada por pesquisadores, a estratégia GAM emerge e consolida-se como dispositivo que conjuga ao reconhecimento e à reflexão acerca da experiência coletiva do uso de medicamentos psiquiátricos, a afirmação dos direitos, do poder contratual e da qualidade de vida dos usuários. Ao discutir o manejo cogestivo, como estratégia de contração da grupalidade e da promoção de autonomia, o artigo propõe pistas de manejo, função que pode ser ocupada por profissionais, usuários e pesquisadores. Enfim, um fragmento de narrativa de um grupo GAM permite sintonizar com a experiência compartilhada e suas espessuras.

Palavras-chave:

Humanização. Autonomia. Saúde mental. Participação.

Introdução

Na década de 1980, multiplicaram-se no Quebec grupos de tratamento alternativo e grupos de suporte mútuo (*entraide*) em saúde mental. Formadas por pessoas vivendo com sofrimento mental e por cuidadores, estas associações da sociedade civil contestavam o internamento psiquiátrico e a contenção química vigentes na rede pública de atenção, e propunham formas alternativas de tratamento e a defesa dos direitos daqueles que hoje chamamos de usuários (CANADA, 2009). Com o passar dos anos, uma pluralidade de grupos surge[6] tendo em comum uma perspectiva alternativa quanto ao modelo biomédico de atenção à saúde mental. É no contexto desses grupos que apostam na construção de outros lugares e de modos de fazer com a loucura (*ailleurs et autrement*), que surgem discussões sobre o lugar da medicação psiquiátrica nas vidas das pessoas e a possibilidade para os usuários de exercer maior poder e autonomia em relação às prescrições médicas, calcadas em classificações e avaliações que, via de regra, dispensam a experiência do usuário (RODRIGUEZ; POIREL, 2007).

Durante os anos 1990, esses grupos se articulam, entre outros, em dois agrupamentos, o *Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec* (Agrupamento dos Centros Alternativos de Saúde Mental do Quebec – RRASMQ) e a *Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale du Québec* (Associação dos Grupos de Atendimento em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec – AGIDD-SMQ). Ao longo dos anos 1990, contando com o apoio de pesquisadores e com a participação de usuários de medicamentos psiquiátricos e de cuidadores, começa a se formular uma iniciativa que pode ser pensada como novo modelo de prática humanizada na saúde mental: a Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

São princípios da GAM: "a importância de uma qualidade de vida subjetiva; a retomada do poder contratual; o reconhecimento da pluralidade de significações da medicação; o respeito pela pessoa, suas decisões e seus direitos; uma abordagem ampla do sofrimento e do bem-estar" (CANADA, 2006, p. 23). A GAM apoia-se na experiência singular do usuário como meio de incluir o ponto de vista de quem vivencia os efeitos de psicofármacos. Como tal, não incita o aumento nem a diminuição dos medicamentos. É uma abordagem para o reconhecimento ético do valor desta experiência e para a aposta de que ela conta para uma avaliação qualitativa na gestão do tratamento.

A partir de 1999, um projeto piloto envolvendo dez serviços alternativos membros do RRASMQ, em colaboração com a AGIDD-SMQ, foi implementado sob o acompanhamento de pesquisadores da Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura (Equipe de Recherche et d´Action en santé Mentale et Culture – ÉRASME). Durante este processo, é publicado o *Guia de Gestão Autônoma da Medicação – Mon guide personel* (Meu Guia

[6] Esta diversidade é hoje composta por grupos de defesa de direitos, centros de crise, serviços residenciais, centros de tratamento alternativo, serviços de acompanhamento na comunidade, serviços de reinserção ao trabalho, grupos centrados nas artes, grupos terapêuticos, entre outros (CANADA, 2009).

Pessoal), no intuito de viabilizar "uma ferramenta concreta organizada para auxiliar as pessoas que querem empreender uma reflexão a respeito de sua medicação para chegar a uma qualidade de vida mais satisfatória" (CANADA, 2006, p. 8). O *Guia* oferta, seguindo uma organização de passos, não apenas um conjunto de informações, mas questões direcionadas à experiência do(a) usuário(a) de saúde mental, que buscam ajudá-lo(a) na reflexão acerca da qualidade de vida e do tratamento medicamentoso.

Em 2009, um grupo de pesquisadores de diferentes universidades brasileiras (Unicamp, UFRGS, UFF e UFRJ) aliou-se a pesquisadores da Universidade de Montreal para adaptar a GAM para o contexto brasileiro.[7] Novos desafios se colocaram a partir de então para a operacionalização da GAM, notadamente aqueles traçados no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política Nacional de Humanização do SUS, tais como: valorizar a experiência dos usuários como sujeitos de direitos; promover práticas de lateralização cogestiva nos serviços; incluir residentes, trabalhadores e gestores na discussão com os usuários sobre sua experiência de uso da medicação psiquiátrica; criar espaços para o protagonismo dos usuários na construção dos seus projetos terapêuticos; fomentar a autonomia dos usuários a partir da participação ativa nos grupos; favorecer a troca de experiências, o interesse e o cuidado com o outro (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011; PASCHE; PASSOS, 2008; BARROS; PASSOS, 2005). Tais desafios indicavam a importância de não reduzir a Gestão Autônoma da Medicação ao mero uso do *Guia* enquanto instrumento técnico, isto é, uma cartilha onde seriam prescritos os passos para a reflexão sobre a experiência da medicação e os direitos dos usuários, mas traçar também indicações para um modo de fazer a GAM no contexto brasileiro.

[7] Esta parceria deu ensejo ao projeto multicêntrico *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos* (CNPq – 2009), sob coordenação de Rosana Onocko Campos. O projeto tratou de traduzir, adaptar e testar o *Guia Canadense de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM)* em Centros de Atenção Psicossocial e avaliar o impacto deste instrumento na formação de profissionais de saúde mental.

Ao longo de um ano, pesquisadores realizaram Grupos de Intervenção (GIs) com usuários, residentes e trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) nas cidades de Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Novo Hamburgo/RS, lendo e discutindo o *Guia GAM*. Seguindo uma metodologia participativa, o processo de adaptação do *Guia GAM-BR* incluiu sugestões e pontos de vista dos participantes, resultando em um guia novo e diferenciado. Neste processo, as próprias noções de base da GAM – de gestão e de autonomia – tiveram seus sentidos modulados, incorporando contribuições específicas da saúde coletiva e da saúde mental brasileiras. Por um lado, o conceito de gestão incorporou a diretriz da democratização institucional (CAMPOS, 2000), indicando que o poder possa ser compartilhado entre os diferentes interessados na gestão do cuidado (cogestão); por outro, a promoção de autonomia foi pensada para além da independência, no sentido da ampliação das conexões geradoras de codependência na rede social (KINOTSHITA, 1996).

A partir de então, apesar de manter seu foco original na experiência dos usuários de medicamentos comumente usados em Psiquiatria, a GAM-BR passava a ser pensada cada vez mais como uma estratégia de promoção de autonomia em coletivos cogestivos.

Isto é, a estratégia deveria incluir necessariamente diferentes pontos de vista acerca da experiência com os medicamentos, dando expressão não apenas à experiência de quem usa, mas também de quem prescreve e/ou acompanha o tratamento medicamentoso. Trabalhadores e residentes eram também convocados a participar dos Grupos de Intervenção com Usuários (GIU), buscando-se criar condições para gerar uma experiência de cogestão e cuidado compartilhado, ou dito de outra forma, de uma autonomia cogestiva.

O *Guia GAM-BR*,[8] resultado deste trabalho multicêntrico e participativo, organiza a discussão em "seis passos", divididos em duas partes. Os quatro primeiros passos estão organizados dentro da primeira parte do *Guia*. Nesta parte, as questões e os exercícios propostos visam convocar o usuário a refletir sobre sua qualidade de vida, sobre a rede de apoio com a qual conta, seus direitos e sua experiência com o uso da medicação psiquiátrica. Os últimos dois passos, reunidos na segunda parte do Guia, propõem uma recapitulação dos temas discutidos, visando, ao fim, à construção de um plano de ação coletivo no qual os participantes se corresponsabilizam pela proposição de ações para enfrentamento dos problemas detectados por eles ao longo do processo de discussão do *Guia*.

Organizado desta forma, o *Guia GAM-BR* procura expressamente gerar não apenas o acesso à experiência pessoal do usuário de medicamentos psiquiátricos, mas disparar processos de coletivização de questões que, de um modo ou de outro, a todos afetam. A construção deste processo, no entanto, requer uma condução capaz de revezar entre a dimensão pessoal e a dimensão coletiva da experiência, de convidar o participante a compartilhar sua experiência e fazer desse compartilhamento no grupo uma força coletiva de valorização e de reconhecimento da experiência de cada um, tanto quanto convocar este coletivo a protagonizar ações comuns. Sendo assim, para que a estratégia GAM seja posta em prática, é preciso que o *Guia* seja complementado por um modo de fazer, um modo de performatizar a gestão autônoma como prática de cuidado em saúde mental. Gostaríamos de trazer algumas contribuições do que entendemos por este modo de fazer.

O manejo cogestivo como operação de contração da grupalidade

A estratégia GAM no Brasil é aplicada sempre no contexto de GIs heterogêneos, os chamados Grupos GAM, com a participação de usuários de saúde mental, trabalhadores e/ou residentes.[9] Neste contexto, distinguimos duas dimensões da estratégia GAM: uma instrumental e outra operacional. Podemos dizer que o *Guia GAM-BR*, aplicado no contexto dos GIs, propõe-se a servir de *instrumento* para: 1) acessar a experiência coletiva do uso de medicamentos psiquiátricos; 2) auxiliar a promoção de práticas cogestivas que ampliem o grau de comunicação entre usuários e trabalhadores; 3) garantir o acesso a informações acerca dos direitos do usuário, terapias alternativas, redes de apoio, bem como sobre a caracterização e os efeitos dos medicamentos mais comumente usados em Psiquiatria;

[8] Convencionamos chamar de *Guia GAM-BR* a versão brasileira do *Guia GAM*.

[9] Um desdobramento da pesquisa realizada no Rio de Janeiro passou a incluir também familiares nos Grupos GAM, sendo que, por abordar questões específicas deste grupo de interesse, os GIs com familiares não tiveram a participação de usuários.

4) mobilizar discussões acerca da autonomia dos usuários diante das possibilidades de condução de seu projeto terapêutico; 5) fomentar condições para o exercício do direito e o fortalecimento do sujeito de direitos em espaços de participação.

O trabalho com o *Guia GAM-BR* exige, contudo, sua correta contextualização em um dispositivo mais complexo, o Grupo GAM, o qual mobiliza diferentes dimensões do serviço de saúde mental: a gestão, a atenção, os efeitos psicoativos dos medicamentos psiquiátricos, a participação de usuários e de familiares nas decisões sobre o tratamento, as redes de apoio etc. Para funcionar, este dispositivo conta com uma *operação* específica, que chamamos de **manejo cogestivo**.

Denominamos manejo cogestivo o modo de fazer que caracteriza a estratégia GAM-BR. Trata-se de uma função ao mesmo tempo clínica e política, que opera no grupo visando propiciar a emergência de novas qualidades participativas. Definimos o manejo de "cogestivo" pelo fato de entendermos que o trabalho clínico não pode ser dissociado das relações institucionais, sendo necessário incorporar ao ato de cuidado uma dimensão política diretamente associada ao exercício da cogestão. Dito de outra forma, é preciso considerar a inseparabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão do trabalho em saúde (CAMPOS, 1991; MERHY, 1994). As práticas clínicas ampliam-se mais ou menos – para usarmos a noção de "clínica ampliada" proposta por Campos (1997) – em função do modo como os processos de trabalho estão instituídos na cultura organizacional das instituições. Apostar na cogestão da clínica implica afirmar os espaços de participação e de protagonismo distribuídos nas instituições de saúde, criando condições para a alteração da maneira como os diferentes sujeitos se engajam e se corresponsabilizam pelo processo de produção de saúde. Contudo, não podemos pressupor espaços de cogestão já dados ou preexistentes ao processo de produção da Saúde. É preciso construir condições para a constituição de tais espaços, assim como as relações intra e intergrupos que favorecem a prática cogestiva. Nessa medida, o ponto de partida do trabalho grupal deve guiar-se estrategicamente pela construção de condições para a cogestão. Para que o dispositivo funcione cogestivamente e a estratégia GAM possa ser posta em prática, muitas vezes é preciso primeiro gerar grupalidade, sentimento de pertença ao grupo, isto é, disposição à participação. O trabalho do manejador, portanto, deve visar justamente facilitar a contração da grupalidade, como condição para a ampliação dos graus de autonomia coletiva, o exercício da cidadania e o aumento do poder contratual dos usuários no tratamento medicamentoso. Este trabalho de manejo pode ser feito por profissionais, pesquisadores e usuários.

Entendida desta forma, a operação de manejo cogestivo possui uma "direção", um "rumo": apesar de se fazer inicialmente localizada na figura de um facilitador, o manejo se exerce de modo a produzir a sua distribuição entre os diversos participantes do grupo. Dizemos então

que o manejo é localizado, porém descentralizante. Isso significa que, *no limite*, o grupo tende a ser capaz de cogerir-se, sem ser necessária uma condução sempre centralizada. A função do manejo cogestivo é, portanto, promover participação contraindo grupalidade, de modo a descentralizar-se e distribuir-se no grupo.

O conceito de "contração" configura, neste sentido, uma pista e uma orientação para o manejo. O manejador deve tornar-se sensível a índices da *contração* da grupalidade. Dizemos que a grupalidade precisa ser contraída na intenção de assinalar o momento em que se pode dizer que um grupo começa a funcionar *como* grupo. Usamos o conceito humano de contração retomado por Deleuze (2006), para indicar a emergência da grupalidade como caráter propriamente *grupal* do grupo.

No empirismo de David Hume, a contração diz respeito ao processo de contemplação que o espírito exerce sobre a matéria. O espírito contempla a matéria na sucessão de seus instantes descontínuos e contrai esses instantes uns nos outros, fazendo-os interpenetrarem mutuamente. O espírito contrai os instantes, quer dizer, retém os instantes passados e antecipa os instantes futuros, fundando uma continuidade. A contração, assim, realiza a síntese do tempo como presente vivo. Deleuze (2006) define esta síntese como *síntese passiva*, ao mesmo tempo prerrefletida (quer dizer, anterior à representação como reflexão dos instantes retidos e à previsão como reflexão dos instantes antecipáveis) e pré-individual (isto é, constituidora da imagem de si). É algo que se faz *no* espírito e não *pelo* espírito. É também uma síntese sensível, fundadora da sensibilidade.

É preciso perguntar como este conceito pode ser articulado à noção de grupalidade. A grupalidade constitui um horizonte que guia a ação. Contrair grupalidade é realizar uma síntese passiva coletiva, isto é, a grupalidade decorre de um conjunto de contemplações que se fazem *no* grupo, a partir de seus instantes, suas retenções e suas expectativas que se interpenetram e fundam um presente vivo compartilhado. Por ser prerrefletida e pré-individual, a contração não é experiência de alguém em particular, ao mesmo tempo uma experiência de *todos e qualquer um*. Ela remete-nos ao plano comum da experiência ou dimensão processual de compartilhamento, do qual o grupo emerge como sujeito, o que Guattari (2004) designou de grupo-sujeito.

Como tornar-se sensível aos índices da contração grupal de modo a orientar as ações do manejo? Que recursos o manejador dispõe, em sua própria experiência, para acessar este plano de compartilhamento? Segundo Stern (1992), há um domínio da experiência caracterizado pela habilidade de compartilhar estados afetivos que são, o qual seria "o aspecto mais universal e clinicamente relevante do relacionar-se intersubjetivo" (STERN, 1992, p. 123). As investigações de Stern procuram mostrar como podemos nos conectar diretamente à experiência subjetiva de outras pessoas e, ao mesmo tempo, fazer com

que elas saibam que "estamos juntos", mesmo sem usar palavras. Trata-se de um manejo que opera por simpatia ou, como o autor prefere chamar, uma *sintonia do afeto* (STERN, 1992, p. 124).

Stern (1992, p.123) se pergunta: "Quais são os atos e processos que fazem as outras pessoas saberem que você está sentindo algo muito semelhante ao que elas estão sentindo?" A sintonia do afeto caracteriza-se por uma equiparação entre estados subjetivos e expressa-se por intermédio de comportamentos que dão a impressão de algum tipo de imitação. Em um dos exemplos de Stern, uma menininha de 9 meses de idade tenta alcançar um brinquedo e, quando o consegue, solta um exuberante "aaaaah!", olhando para a mãe. A mãe retribui o olhar e ergue os ombros com a parte superior do corpo, em um movimento que dura o mesmo tempo que o "aaaah!" da filha, igualmente alegre e intenso. Por meio desse e de outros exemplos, Stern demonstra como a sintonia do afeto produz estados compartilhados que mobilizam comportamentos recíprocos que se acompanham em alguma medida, seja na intensidade, na duração, no ritmo ou na forma.

É interessante notar como Stern afirma que as sintonias não se ocupam apenas de afetos bem determinados socialmente, como a alegria ou a tristeza. É possível sintonizar "afetos de vitalidade", que são processos qualitativos melhor destacados pelas noções de intensidade e tempo. São movimentos dinâmicos ou cinéticos que podem ser designados por gerúndios, como "crescendos" (os olhos *arregalando-se*, o tom de voz *aumentando*) ou "diminuindos" (um *suspirando*, um *prostrando-se*). Segundo Stern, a sintonia do afeto é um processo ininterrupto e não aguarda a aparição de afetos distintos. Sintonizamos com outros a todo o momento, mesmo sem percebermos. A importância dos afetos de vitalidade está justamente no fato de comparecerem virtualmente em todos os comportamentos. Os afetos de vitalidade, para Stern, "dizem respeito a *como* um comportamento, *qualquer* comportamento, *todo* comportamento é realizado, não *qual* comportamento é realizado" (STERN, 1992, p. 139).

Há um tipo de manejo prerrefletido e intersubjetivo que gera processos de entrelaçamento, de vínculo, de sintonia. O manejador pode tornar-se sensível a tais processos à medida que estabelece atenção à própria experiência. É possível habitar esta experiência prerrefletida, intervir nela, com ela. Stern nos ajuda a pensar um tipo de manejo que se faz com os afetos, um manejo sintônico que produz experiências efetivas de "estar com", mesmo que breves e singelas.

Por meio de suas sintonias, o manejador do grupo GAM pode tornar-se sensível a índices da contração da grupalidade, acessando diferentes graus da contração grupal. Distinguimos pelo menos três destes graus, relacionando-os a diferentes posições de fala: os "automatismos" se situam no grau mínimo da grupalidade e se expressam por intermédio

de falas e atitudes irrefletidas, como respostas "prontas". Remetem a uma dimensão já consolidada da experiência, repetida monotonamente em hábitos, com baixa potência para diferir. Tais atitudes, embora muito importantes para a realização de um conjunto de ações úteis no dia a dia, atestam um grau mínimo de abertura para a autonomia. Podem estar relacionados a aspectos da cultura institucional, como aqueles que acompanham os procedimentos habituais de prescrição medicamentosa ("tomo remédio porque o médico manda", "o médico é quem sabe").

O "controle egoico" situa-se em um nível intermediário da grupalidade. Quando os automatismos são abalados, surgem iniciativas que tentam reconduzir a instabilidade momentânea a um nível de tolerabilidade. Como decorrência, pode-se perceber uma posição de fala marcada por tentativas de controlar a situação, com forte ênfase na pessoa. Também aí se encontram aspectos da cultura institucional, como aqueles relacionados à manutenção dos lugares institucionais (o médico "prescreve", o psicólogo "aconselha", o enfermeiro "dispensa", o usuário "toma o remédio" etc.).

A "autonomia" indica o acesso à dimensão processual e compartilhada da experiência, ao plano comum que possibilita a emergência de outros pontos de vista e ao reposicionamento dos sujeitos no grupo. A autonomia expressa-se em atitudes e posições de fala afetadas pela emergência da grupalidade, promovendo uma abertura a posicionamentos singulares. Neste nível, o sentido bascula, varia, e lidamos com uma polissemia que equivoca as posições dadas.

Tais índices podem ser percebidos na maneira de os participantes expressarem sua experiência. Afinal, em determinada fala ou expressão, há compartilhamento no grupo? Ela mobiliza outros atores ou, ao contrário, produz distanciamento, segregação? Mobiliza-se, de que forma, com que tom, com qual intensidade? Percebendo as modulações nos graus da grupalidade, o manejo pode guiar os relances e convites ao grupo, sintonizando com os estados afetivos dos participantes, a partir das qualidades expressas em falas e comportamentos. Este modo de fazer possui, entretanto, o perigo da centralização. À medida que os participantes sintonizam com o manejador, cria-se uma forte referência no grupo. As falas podem passar a se direcionar basicamente à figura do manejador. A função de manejo precisa então operar relances ao grupo, de modo a multiplicar as referências e endereçamentos de fala. Em outras situações, o manejo pode recuar estrategicamente, possibilitando que o grupo possa se cogerir. Em muitos momentos não é preciso fazer nada senão estar presente e ficar em silêncio. O manejo cogestivo visa sempre sua descentralização, sua distribuição no grupo, como exercício de um cuidado compartilhado. É neste sentido que dizemos que há um manejo do grupo que contrai grupalidade, uma operação que põe a GAM para funcionar.

Análise de um fragmento de narrativa do grupo GAM

A estratégia GAM orienta-se pelas diretrizes de acesso e de compartilhamento da experiência coletiva do uso de medicamento psiquiátrico como meio para contrair grupalidade e gerar processos de autonomização cogestiva na saúde mental. O *Guia GAM-BR*, como instrumento concreto com um conjunto de temáticas sistematizadas em passos, contribui para disparar tais processos, à medida que suas temáticas e questões mobilizam no grupo experiências pessoais e coletivas, um campo de forças intra e interinstitucionais.

Manejar no imediato destes processos não é tarefa fácil e muitas vezes é preciso lançar mão de outros espaços de cuidado para garantir a força operante do manejo. Espaços de supervisão em equipe podem ser fundamentais para colocar questões do grupo em análise, impedindo que o manejo se fixe em pontos de vista muito arraigados e adira a automatismos. A supervisão visa também garantir abertura da experiência grupal à autonomia coletiva.

Pretendemos evidenciar algumas das questões tratadas neste artigo pondo em análise um pequeno fragmento de nossa pesquisa. Com ele, intentamos lançar luz sobre os processos de autonomização coletiva, tal como o encaramos. O fragmento procura situar-se em um ponto de virada da experiência grupal, no ponto da curvatura dessa experiência onde se traça uma bifurcação e uma abertura para a autonomia coletiva. É um ponto intensivo da experiência do grupo que foi vivido com a velocidade própria do que irrompe na dinâmica grupal. A análise coloca a experiência em outra velocidade, desacelera e expõe seus diferentes matizes e suas tonalidades.

No contexto da pesquisa GAM, esta análise foi propiciada pelo recurso a instrumentos de registro e espaços de supervisão. O registro dos encontros foi realizado por intermédio de gravações de áudio, de diários de campo e do que chamamos "Memórias dos Encontros". O registro da experiência grupal exige certo esforço na direção de uma política de narratividade (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009) que evidencie a emergência de processos, que busque ativamente um modo de expressão interessado em tornar acessível a experiência do grupo. Chamamos de Memórias as narrativas escritas para cada encontro dos GIs, onde o pesquisador descreve as nuances dos diversos momentos do grupo, incluindo as vozes dos diferentes participantes e articulando as falas às temáticas lidas no *Guia GAM-BR*. A descrição minuciosa procura expressar as diferentes ações dos participantes e do grupo, assim como as tentativas do manejador de lidar com cada situação e os efeitos das ações de manejo. O registro das Memórias é uma rica fonte para a colheita e para a análise de dados, onde se procura performatizar a escuta da experiência grupal. Esta política de narratividade se define em relação aos recursos de escritura que o pesquisador emprega para fazer ouvir as vozes dos participantes. Ouvir essas vozes implica proporcionar um

registro que se ocupe não apenas do conteúdo das falas, mas dos seus modos de expressão. O relato do manejador busca, assim, construir um texto polifônico (BAKHTIN, 2010), com múltiplos pontos de vista e atravessamentos de sentidos.[10]

Estamos no quinto encontro do Grupo de Intervenção com Usuários (GIU)[11] no Caps Casarão da Saúde de São Pedro da Aldeia, cidade da região litorânea do Rio de Janeiro. Os dois primeiros encontros haviam sido dedicados à contratação da pesquisa e do trabalho com o *Guia*. Os dois seguintes iniciaram a leitura do *Guia*, tendo sido dedicados à compreensão dos conceitos ofertados nos textos iniciais do instrumento, como "autonomia", "cuidado compartilhado", "Reforma Psiquiátrica" e "cogestão". O grupo entra então no primeiro passo do *Guia*, intitulado *Conhecendo um pouco sobre você*.

No início deste passo, três questões são formuladas: "Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?"; "Como as pessoas costumam apresentar você?" e "Você percebe diferenças na maneira como você se apresenta e como os outros apresentam você?". O grupo começa com certa agitação. O manejador inicia retomando as conversas dos encontros anteriores, recolocando o sentido do grupo e do trabalho com o *Guia*. Há muita movimentação, alguns usuários aparecem na porta ou na janela da sala, travando breves instantes de interação. As falas dos participantes atravessam-se sem coordenação, sendo preciso organizar a sequência de falas. O manejador coloca a questão ao grupo e pergunta como fazer naquele momento.

Após breve silêncio, Ângela[12] toma iniciativa e pede para que o manejador leia sua resposta, apontando no *Guia* a pergunta "Você percebe **diferenças** na maneira como você se apresenta e como os outros apresentam você?". O grupo aguarda e então o manejador lê a resposta de Ângela, a qual tinha ajudado a escrever: *Sim, percebo que elas me acham boa, linda, honesta e... explosiva*. O grupo explode em estridente gargalhada e ela, de forma animada, repete várias vezes: *Explosiva! Explosiva! É isso mesmo*! O manejador pergunta se ela concorda com as pessoas que dizem que ela é explosiva. Eu sou!, ela responde. Uma segunda usuária ri e diz que tudo que ela está falando é verdade, enquanto Ângela sorri, encolhendo a cabeça com jeitinho de criança envergonhada, mas logo se animando novamente para pedir que seja lida mais uma resposta dela. O manejador então pede que ela espere um pouco e se volta ao grupo, perguntando se outras pessoas gostariam de responder também. Tomada de certa agitação, Ângela ignora o pedido do manejador, levanta-se e continua a falar. Seu tom de voz expressa certo controle, enquanto seus olhos se arregalam acentuando algumas de suas palavras. *Eu escrevi que fui à secretaria de saúde com minha mãe para marcar uma consulta, porque no serviço disseram que não iam marcar porque eu tinha problema. Aí falei assim: Eu sou igual a você!, diz apontando para o manejador. Comecei a ficar doida de repente, não foi Mauro*?, pergunta ela direcionando-se ao psiquiatra, que lhe confirma com um leve sorriso e um

[10] As memórias serviram ainda como base para a construção de narrativas voltadas a devolutivas do ponto de vista dos pesquisadores para o grupo. Tais narrativas foram lidas e discutidas com os participantes nos chamados Grupos Narrativos, onde se buscava compartilhar o sentido construído ao longo do processo grupal. Para detalhes deste método, ONOCKO et al. (2008).

[11] Em nossa pesquisa tínhamos a seguinte composição no GIU: dez usuários, um psiquiatra do Caps, um terapeuta ocupacional do Caps e três pesquisadores da UFF. Os pesquisadores se dividiam em funções de manejo e observação.

[12] Neste texto, estamos preservando a identidade dos participantes, seguindo o que ficou acertado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da UFF e assinado pelos participantes da pesquisa.

aceno de cabeça. *Ele não quis marcar e eu disse: calma aí, não vai marcar, não? Pois eu e minha mãe fomos à secretaria e o secretário ligou para lá e disse: ela tem direito, ela é igual a você!*

Uma inflexão no sentido da pergunta ressalta seu caráter discriminatório. Há um sentido opressor na diferença, que coloca uma diferença injusta. Sim, sou explosiva. Mas também boa, honesta, linda... Não interessa, pois sou igual a você, tenho direitos iguais aos seus. No supermercado, tem sempre alguém que passa na frente da gente. Mas se eu faço isso, brigam comigo ou me chamam de **deficiente**. Isso é opressão, apresentar alguém como **diferente**. Enuncia-se aí o peso dos lugares formatados, conferidos de fora, por uma heterodescrição, um automatismo social corriqueiro no que se refere à relação da cidade com usuários de Caps. Comparece uma posição combativa, com tendência à insubordinação, à luta (procurar a autoridade do secretário para exigir o direito de ser atendida em um serviço de saúde geral). Esta posição de fala, contudo, reveste-se de um tom de denúncia, não havendo ainda condições grupais para ser contraída diferentemente e distribuir sua força em um coletivo corresponsável.

Ângela continua de pé, olhando diretamente para o manejador, ao mesmo tempo muito mobilizada e aparentemente cega à presença dos outros. Em seus lugares, os outros participantes do grupo parecem expressar desânimo. O manejador procura um meio de reconduzir ao horizonte grupal, sem, no entanto, desconsiderar a experiência de Ângela. Ele procura ressaltar a maneira de Ângela reivindicar seus direitos, afirmando que, nesta situação, ela não tinha sido explosiva. Ângela admite que não. *Mas quase ia sendo.* Tomado pela graça de sua fala, o grupo explode novamente em gargalhada.

Outra participante pede a palavra, mas durante certo tempo Ângela continua a falar por um longo monólogo. Em determinado momento, Ângela volta-se inesperadamente para uma pesquisadora: *Você se lembra quando me ajudou na rua, a estender a roupa... comprar uma roupa... fazer compra no mercado, que quando tava na fila, deixavam passar na frente? Aí brigam comigo, chamam de* ***deficiente****... Eles chamam! Eu não gosto. Dizem que sou doida-doida-doida-doida do Caps, tendeu? Eu não gosto (sic).*

Há certo estranhamento pelo modo inesperado como Ângela se refere à pesquisadora no grupo, porém a relação que ambas vinham tendo em outros espaços possivelmente propiciou uma fala marcada pela confiança. Neste momento, um pequeno intervalo se faz, permitindo nova intervenção. Outra participante parece interessar-se imediatamente pela discussão e entra na conversa. Sua fala é pausada e, ao mesmo tempo, rigorosa. À medida que se desenrola, seu tom de voz aumenta e expressa certa irritação. *Eu não sou indiferente coisa nenhuma. Eu sou inteligente. Adoro falar com as pessoas: boa tarde! Eu amo quem eu quero: boa noite! Bom dia, boa tarde, boa noite. Só. Tem gente que*

me chama de doida. Eu não sou indiferente. Eu ouço tudo que as pessoas falam. Falam assim: lá vem a doida, a maluca. Sabe o que elas fazem? Pega, mistura gasolina, mistura pimenta e põe no meu prato. Pensa que eu sou burra, idiota?!

O sentido da diferença é modulado mais uma vez, seguindo o caminho deixado pelo termo "deficiência". Não me vejam como diferente, pois sou igual a você. Mas não fico ***indiferente*** ao estigma, ao preconceito. Não sou indiferente coisa alguma! Não sou alheia, não estou longe, não sou alienada. Sou educada, cumprimento as pessoas educadamente. Será que não basta para ser aceita, acolhida, respeitada? Sou muito inteligente: ouço tudo e vejo tudo. Vejo o que fazem: colocam coisas na minha comida.[13] Querem me trapacear? Não sou indiferente coisa alguma!

Este pequeno fragmento chama atenção pelos processos disparados a partir da leitura do *Guia GAM-BR*. O fragmento é retirado do quinto encontro do GIU, quando o grupo se encontra ainda no primeiro passo, construindo uma maneira de estar junto. As questões do Guia, neste momento, buscam acessar a imagem que os usuários têm de si e a imagem que outros têm sobre si: autodescrição e heterodescrição. A pergunta "Você percebe *diferenças* na maneira como você se apresenta e como os outros apresentam você?", tensiona os pontos de vista, pondo foco na imagem discriminatória socialmente estabelecida da loucura (automatismo social). Junto a isso, vemos emergir certa intensidade revoltosa. É como se ouvíssemos: *Você percebe que as pessoas apresentam você de maneira **diferente** de como você se apresenta? Ou ainda: As pessoas apresentam você como alguém **diferente**?*

O dispositivo grupal põe em jogo um conjunto de enunciados. Seus sentidos interpenetram--se e continuam-se à medida que o dispositivo acessa e compartilha a experiência de estar junto, contraindo os momentos do grupo em um horizonte de grupalidade. A cadeia de enunciados deste fragmento de narrativa evidencia uma curvatura da experiência grupal, modulações do sentido de enunciação coletiva, não localizada em participante algum. Há uma nuvem ou uma nebulosa de palavras, uma compressão e um alargamento dos sentidos: o *Guia* pergunta "*vocês percebem diferenças?*"; O grupo diz: *Percebemos a deficiência, o diferente, mas não somos indiferentes. Não somos isto: **in**-diferentes – não somos **não** diferentes* – somos diferentes. Em outro plano, em uma dimensão prerrefletida e compartilhada, a diferença sibila sutilmente, entoa uma linha ou um caminho. A análise desse fragmento nos indica que a força da autodescrição coletiva afirma, apesar das negações, um sentido positivo da diferença.

Neste plano, a experiência ganha uma espessura, que passamos a habitar à medida que acessamos seu domínio prerrefletido, onde não estamos mais certos sobre o que é nosso e o que é do outro. Por meio das falas, vemos traçar-se uma enunciação coletiva. Nela, as inflexões do sentido, sua variação, as deformações significantes, a inclusão inusitada

[13] Com a pesquisa, foi possível identificar um procedimento corriqueiro que consiste em colocar medicamentos escondidos na comida dos usuários que se recusam a tomá-los.

de componentes do mundo (uma roupa no varal, uma fila de mercado, a secretaria de saúde, um prato de comida, a gasolina, a pimenta, a medicação etc.), compõem, como diria Deleuze (1997, p. 15), uma narrativa delirante, que nos arrasta em uma louca deriva com o mundo e com a história (o lugar social da loucura). Nesta deriva se anuncia uma possibilidade de vida, uma retomada do protagonismo histórico: algo está em vias de fazer-se. Elementos novos emergem e se oferecem à construção de outros nexos. Por intermédio dos enunciados, uma harmonia dissonante costura uma narração. Uma enunciação coletiva, que decompõe o sentido unidirecional da produção social da loucura, abre-se para a produção de múltiplas direções. A enunciação coletiva emerge na contração da grupalidade, em função de um manejo que possibilita o nascimento de novos nexos no compartilhamento da experiência. Algo aí está em vias de fazer-se, liberam-se processos. E esse algo por fazer-se, não se sabe bem para onde vai, nem no que vai dar. O dispositivo GAM lida aqui com uma dimensão disruptiva, com certo informe. É preciso embarcar em uma onda com o informe e com ele produzir um sentido para a autorregulação cogestiva. É um mergulho, uma imersão para produzir emergências, nascimentos. A GAM não está dada, é preciso gestá-la no coletivo.

Referências

BAKHTIN, M. **Problemas da poética de Dostoiévski**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 561-571, 2005.

CAMPOS, G. W. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas: Unicamp, 1997.

______. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

______. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CANADA. Regroupement des Ressources Alternatives en Sante Metale du Quebec. **Gestion autonome de la médication de l’âme**: mon guide personnel. Québec: RRASMQ, 2002.

______. Regroupement des Ressources Alternatives en Sante Metale du Quebec. **Le manifeste du RRASMQ**. Québec: RRASMQ, 2009. Disponível em: <http://www.rrasmq.com/publications/Manifeste_reedition2009.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

______. Regroupement des Ressources Alternatives en Sante Metale du Quebec **Repères**: pour une gestion autonome de la médication en santé mentale: guide d'accompagnement. Montréal: RRASMQ, 2006.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Ed. 34, 1997.

______. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004.

KINOSHITA, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da ida. In: CECÍLIO, L. C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ONOCKO, R. C. et al. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. Campinas: Hucitec, 2008.

PASCHE, D.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Porto Alegre, v. 1, p. 92-100, 2008.

______; ______; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

RODRIGUEZ, L.; POIREL, M. L. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme. **Revue Nouvelles pratiques sociales**, Quebéc, v. 19, n. 2, p. 111-127, 2007.

STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Parte 2 – Relatos de Pesquisas

Reportagem 1 – Pesquisa em Saúde Mental no Brasil[1]

Mariella Oliveira

Desafios e tendências de investigação nos serviços de saúde

Ao longo do *Cadernos HumanizaSUS Saúde Mental* é possível observar diferentes vertentes e linhas de pesquisa que envolvem esta área da saúde pública brasileira e movimenta centenas de grupos de pesquisa. Para se ter uma ideia, em uma busca pelo Diretório dos Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq),[2] ao se digitar o termo "saúde mental", são listados 454 grupos de pesquisa diferentes que têm alguma relação com o tema. Mas por que pesquisar a saúde mental no Brasil?

A pesquisa em saúde mental pode contribuir na estruturação e no funcionamento da rede de saúde, tanto no aspecto técnico como também na gestão, no monitoramento e na avaliação dos serviços. Por todo o País, há uma diversidade de pesquisas que discutem os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, apontam saídas e resultados e também refletem a formação dos profissionais – voltada muitas vezes apenas para os consultórios, sem oportunizar que os estudantes conheçam as possibilidades de trabalho em equipes multiprofissionais voltadas para a saúde coletiva. A pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Magda Dimenstein, lidera um grupo de pesquisa na instituição e afirma que sempre buscam dar retorno social, já que são financiados com dinheiro público. Segundo ela, as residências multiprofissionais, os serviços-escola (como campo de prática dos estudantes do último ano de Psicologia) e outras estratégias de formação para qualificar o trabalho são bons campos de pesquisa. Seu grupo, "Modos de subjetivação, práticas de cuidado e gestão no contexto da saúde mental e coletiva"[3] já apontou vários problemas na atenção primária, no cuidado da crise e diferentes possibilidades de capacitação, porém a continuidade de pesquisas depende de financiamento, geralmente escasso. Segundo ela, há poucos editais que investem na intervenção nos serviços e, por isso talvez, poucos pesquisadores trabalhem o tema. A maioria trabalha com amostras, ferramentas quantitativas que geram informações generalizáveis. De fato, o último edital público específico para financiar pesquisas na área de saúde mental foi em 2008, e os pesquisadores então buscam apoio nos dois principais chamamentos do CNPq: um universal, que abarca todas as áreas do conhecimento, e outro para a área de ciências humanas. A pesquisadora aponta ainda que é difícil definir indicadores de qualidade das boas práticas em saúde mental no Brasil. Segundo ela, o País tem realidades muito diversas e essa definição de indicadores deve surgir da experiência que o governo federal tem com a avaliação das redes em saúde (como é o caso do Programa de Monitoramento do Acesso e Qualidade dos Serviços – o Pmaq – por exemplo, que tem um componente sobre saúde mental), bem como com o acúmulo de pesquisadores das diversas instituições, mas também a partir dos usuários, dos familiares e de outras pessoas que participam do cotidiano da Rede de Saúde Mental.

[1] A construção coletiva do artigo deu-se em encontros bimestrais, que se estenderam por cerca de dois anos. Nos últimos encontros, agregaram-se também a esse esforço usuários dos serviços de saúde mental dos municípios de São Leopoldo/RS e São Pedro da Aldeia/RJ, participantes da segunda etapa da pesquisa, iniciada em 2011, na qual se fez uso do *Guia GAM-BR* resultante da primeira pesquisa.

[2] Disponível em: <www.cnpq.br>.

[1] A construção coletiva do artigo deu-se em encontros bimestrais, que se estenderam por cerca de dois anos. Nos últimos encontros, agregaram-se também a esse esforço usuários dos serviços de saúde mental dos municípios de São Leopoldo/RS e São Pedro da Aldeia/RJ, participantes da segunda etapa da pesquisa, iniciada em 2011, na qual se fez uso do Guia GAM-BR resultante da primeira pesquisa.

E mesmo em se tratando de uma área na qual cada caso deve ser analisado de maneira singular, é preciso que os centros de pesquisas públicos avaliem constantemente os investimentos na área, para melhorar o sistema de saúde. A problemática de saúde mental é crescente, pois o ritmo de vida moderno aumenta a prevalência de transtornos mentais na população. O sistema de saúde brasileiro fez forte investimento na mudança de modelo, com vários equipamentos novos, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), então, a academia precisa avaliar se essas estratégias servem à população. O Grupo de Pesquisa *Saúde coletiva e saúde mental: interfaces*,[4] da Universidade Estadual de Campinas/SP, existe desde 2003 e um de seus principais objetivos é a avaliação do funcionamento da Rede Psicossocial. Em 2006, o grupo desenvolveu dimensões para avaliação dos Caps 3 (especializado em atendimento 24 horas) do Estado de São Paulo, e trabalharam dois anos com gestores e trabalhadores para transformar essas dimensões em indicadores – nem todos serão úteis a todos os Caps, mas a maioria sim. A coordenadora do grupo, Rosana Onocko Campos, afirma que há problemas em comum em realidades diferentes. "A fragilidade de fixar os profissionais nos Caps e a alta rotatividade que dificultam o vínculo dos usuários e isso foi uma constante em vários locais", disse. Um dos principais problemas, segundo a pesquisadora, é que boa parte dos Caps localizados próximos a hospitais psiquiátricos encaminham usuários para internação nesses locais, quando na verdade deveriam acolher a crise e encaminhar casos clínicos para o hospital geral. Ela também aponta como fundamental a escuta do usuário. "Algumas queixas do trabalhador não fazem sentido para o usuário, como a visita domiciliar, que pode parecer desgastante e difícil para o trabalhador, mas é tida como fundamental para o visitado. Há uma tendência de achar que só o trabalhador tem razão, mas a visão dos usuários é verdadeira também e deve ser considerada", afirmou Onocko Campos.

Outro centro de referência em pesquisas da Reforma Psiquiátrica está na Universidade Estadual de São Paulo, em Assis/SP. O grupo saúde mental e saúde coletiva existe desde 2002 investigando a atenção psicossocial na saúde coletiva. Seu coordenador, o psicólogo Silvio Yassui é um trabalhador da Saúde que está na academia por acaso. Segundo ele, a pesquisa pode auxiliar os serviços quando joga luz nas contradições e se traduz em melhoria da qualidade de vida das pessoas. "É preciso diálogo intenso com os serviços, para que se transforme a produção de conhecimento em algo prático. A pesquisa deve propiciar também mudanças na formação das pessoas que estão ainda nas faculdades", diz. Para inserir os pesquisadores em formação nos serviços de saúde mental e aproximar a investigação das demandas da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o grupo Intervires: pesquisa-intervenção em políticas públicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, existe desde 2008 e dele participam não só pesquisadores e alunos, mas também trabalhadores da rede de saúde. A coordenadora do grupo, Simone Paulon, afirma que essas pessoas buscam um espaço de interlocução para os impasses e para as questões produzidos no cotidiano dos serviços de saúde. "Os projetos são sempre entendidos como

[4] Disponível em: <www.fcm.unicamp.br/interfaces/>.

pesquisa-intervenção, isto é, têm o propósito de contribuir diretamente com a realidade pesquisada já ao longo do percurso de investigação. Além disso, a metodologia participativa possibilita a construção coletiva da pesquisa, desde a elaboração dos objetivos e das propostas do que deve ser pesquisado até a negociação da divulgação e o uso que os interessados querem fazer dos resultados".

O presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e editor da revista *Saúde em Debate*, Paulo Amarante, explica, porém, a dificuldade de acesso dos pesquisadores aos serviços de saúde mental. "Falta decisão política, pois se o SUS financia uma instituição, deveria poder coletar dados e informações de qualidade," diz. Ele também aponta que faltam metodologias que avaliem a dimensão do problema do álcool e drogas e o tratamento dessas pessoas. "Falamos muito do aumento do *crack*, mas não há uma pesquisa confiável. A imprensa divulga as mesmas cenas, com as mesmas imagens de uso da droga, mas não se sabe se efetivamente houve aumento nesse consumo, e quanto foi esse aumento". A medicalização infantil é também, na visão do pesquisador, um tema que merece investigação. "É interessante pesquisar os apoios financeiros que os médicos recebem da indústria farmacêutica para receitarem medicamentos às crianças, e a contribuição da imprensa nessa medicalização. Não significa que não seja verdade que a pessoa tenha uma doença, mas é preciso estudar se a influência desse crescente mercado consumidor de medicamentos pode fazer com que ela passe a ter a doença," diz.

Antigamente, os estudos giravam em torno dos hospitais psiquiátricos, mas com seu fechamento, os novos serviços de saúde mental (Caps, Centros de Convivência, oficinas terapêuticas, projetos de geração da renda, residências terapêuticas, unidades de acolhimento e consultório na rua) e a construção de novas estratégias de cuidado são uma tendência de pesquisa. Amarante é líder do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Fundação Oswaldo Cruz desde 1989, e uma de suas linhas de pesquisa é a cartografia de novos serviços em saúde mental, buscando não só a quantidade dos serviços, mas o cotidiano, as rotinas, as novas tecnologias e as formas de cuidado: "Não adianta só fechar o hospital e abrir algo sem nome de hospital, mas que funcione como um. Quando se sai da ideia de que o louco deve ser controlado, tutelado, constroem-se novas possibilidades, não só em novos serviços, mas também outras dimensões da vida que, no hospício, estava impedidas, como amar, cantar, produzir, viver," disse.

E há uma riqueza nas expressões culturais e artísticas da loucura. As pessoas com transtorno mental produzem música, teatro, literatura falando dessa experiência que é ser excluído, rejeitado. "A loucura não é só uma doença, ela leva o sujeito a ter uma condição específica na sociedade. São pessoas que têm uma situação histórica de exclusão, por mais que se tenha uma explicação médica, então é preciso mudar a forma com que as pessoas entendem e aceitam essa diferença. A Reforma Psiquiátrica não foi só para humanizar o tratamento,

mas para que se construa uma nova relação com a loucura," disse. Exemplo disso é o grupo italiano Accademia Della Folia, que há 40 anos agrega teatro e loucura, mostrando que é possível integrar e trabalhar coletivamente. Iniciado no Hospital Psiquiátrico de Trieste, o grupo é conduzido pela produtora Cinzia Quintiliani e outros seis atores. Em 2013, pela terceira vez ao Brasil, o grupo oferece uma residência artística no Hospital São Pedro, na capital gaúcha, para 20 internos e enfermeiros. "Todas as experiências melhoram nossa condição humana e são formativas, não só para os que fazem a oficina conosco, mas também para nós," afirma Quintiliani. Segundo ela, a filosofia básica do grupo é mostrar que uma pessoa não é apenas um usuário de serviços de saúde, ela tem um problema de saúde mental, mas pode modificar sua relação com a vida e com a loucura por meio da arte.

Investigação que dá poder aos usuários

O pesquisador Eduardo Vasconcelos propõe a metodologia de grupos de ajuda e de suporte mútuo para investir gradualmente no empoderamento de usuários e familiares, em inovadora forma de se pesquisar a saúde mental. Esses grupos, organizados pelos usuários e familiares, oferecem a possibilidade de eles encontrarem-se regularmente e trocarem suas experiências de retomada da vida, pois falam abertamente suas dificuldades, são acolhidos, ouvem as experiências dos demais e identificam-se com quem teve algum momento semelhante e reinventou sua vida. A iniciativa foi criada em 2008 pelo Projeto Transversões, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com apoio do Ministério da Saúde, do CNPq e da Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio de Janeiro. Iniciou com investigação, experimentação e proposição de metodologias diversificadas de empoderamento de usuários e de familiares da saúde mental, no Rio de Janeiro, Angra dos Reis/RJ, Teresina/PI, Campinas, São Bernardo do Campo/SP e Alegrete/RS. O projeto possui uma Cartilha e um *Manual de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental*, e a avaliação qualitativa da metodologia tem mostrado que o dispositivo é viável, seguro e que produz efeitos positivos para a dinâmica dos serviços de saúde mental e para o projeto terapêutico de seus usuários com melhoria da saúde mental dos participantes, independente de serem usuários regulares de outros serviços de saúde mental. "Participar dos grupos incentiva que os usuários e seus familiares participem da Rede de Saúde Mental, bem como em outras instâncias do movimento de usuários e familiares e do movimento antimanicomial", afirma Vasconcelos. Segundo ele, essa metodologia pode ser aplicada não só à saúde mental, mas também em outros casos, quando se tem diagnóstico da doença ou cuidado intensivo, o familiar ou a pessoa acha que a vida acabou. "Ouvir outra pessoa com a mesma experiência dando exemplo vivo serve como identificação imediata para gerar esperança", disse.

Para dar autonomia aos usuários em relação ao uso de medicamentos, o grupo Interfaces, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), traduziu e validou para o português o *Guia da Gestão Autônoma da Medicação* (GAM), desenvolvido no Canadá para pacientes com transtorno mental grave. Agora, a pesquisa multicêntrica, com Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio Grande do Sul busca a produção de um guia para os trabalhadores auxiliarem os usuários a repensar sua autonomia em relação aos medicamentos e na utilização do GAM. “A prescrição dos medicamentos é pouco reformada na área da Reforma Psiquiátrica, as pessoas não discutem com os médicos o porquê de se tomar ou não um remédio nem analisam o lugar do remédio em sua vida”, afirmou Onocko Campos.

Para reunir pesquisadores comprometidos com a construção de uma política pública de saúde que valorize o protagonismo dos coletivos de trabalhadores e usuários, para revitalizar e dar visibilidade ao “SUS que dá certo”, a Política Nacional de Humanização iniciou, em 2009, a “Rede Interinstitucional de Pesquisas HumanizaSUS.”[5]. O grupo, composto por mais de 20 pesquisadores de diferentes instituições, possui três linhas de pesquisa que vão desde os princípios da humanização no SUS até o debate de eixos específicos, como a avaliação da produção de saúde e o campo da saúde mental – este último com foco em aprofundar a compreensão de como a PNH intervém nos serviços de saúde para a Clínica Ampliada e consolidação da rede de cuidado psicossocial na saúde mental.

[5] Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.

A Experiência de Produção de Saber no Encontro entre Pesquisadores e Usuários de Serviços Públicos de Saúde Mental: A Construção do Guia GAM Brasileiro

[1]Adair Alves Flores
Adriana Hashem Muhammad
Adriana Porto da Conceição
Amauri Nogueira
Analice de Lima Palombini
Cecília de Castro e Marques
Eduardo Passos
Elisabeth Sabino dos Santos
Fernando Medeiros
Girliane Silva de Sousa
Jorge Melo
Júlio César dos Santos Andrade
Larry Fernando Didrich
Laura Lamas Martins Gonçalves
Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Luciano Marques Lira
Maria Angélica Zamora Xavier
Maria Regina do Nascimento
Marília Silveira
Nilson Souza do Nascimento,
Paulo Ricardo Ost.
Renato Félix Oliveira
Roberto do Nascimento
Rodrigo Fernando Presotto
Sandra Maria Schmitz Hoff
Rosana Onocko Campos
Thaís Mikie de Carvalho Otanari[2]

[1] Entre os autores encontram-se docentes, mestrandos e/ou doutorandos da Unicamp, UFF e UFRGS; usuários de serviços de saúde mental dos municípios de Campinas/SP, Novo Hamburgo e São Leopoldo/RS, Rio de Janeiro e São Pedro da Aldeia/RJ; trabalhadores desses serviços.

[2] Alguns *e-mails* de contato: Rosana Onocko Campos <rosanaoc@mpc.com.br>, Analice de Lima Palombini <analicepalombini@uol.com.br>, Eduardo Passos <e.passos@superig.com.br>.

Resumo

Neste artigo, reunimos usuários de saúde mental de Campinas/SP, Novo Hamburgo/RS e Rio de Janeiro/RJ e docentes e estudantes da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para contar como foi o encontro entre nós durante a realização da Pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que congregou estas e outras universidades em uma pesquisa com financiamento internacional na qual todos nós nos tornamos pesquisadores em Saúde Mental. Lado a lado sentamos-nos também para contar essa história desde onde tudo começou até os efeitos que este trabalho produziu em nós. Esperamos, assim, contribuir com os modos de fazer pesquisa qualitativa em saúde, aproximando universidade e comunidade para fazer juntos.

Palavras-chave:

Saúde mental. Pesquisa participativa. Protagonismo. Psicofármacos. Cogestão.

Como nos encontramos na vida

Em 2008, após realizarmos uma pesquisa avaliativa e participativa com trabalhadores, usuários e familiares da saúde mental em Campinas,[3] recebemos convite da professora Lourdes Rodriguez del Barrio, da Universidade de Montreal/Canadá, para concorrermos ao Edital da Aliança de Pesquisa entre Universidade e Comunidade (Aruc).

Nossa pesquisa envolvera os usuários, chamados para dizerem tanto o que achavam dos serviços quanto quais dimensões deles deveriam ser avaliadas. Tal experiência nos parecia inovadora e valiosa.

O convite da Lourdes deu-nos a ideia de ampliarmos essa participação. Convidamos integrantes da Associação Florescendo a Vida de Usuários, Familiares e Trabalhadores da Saúde Mental (Aflore) (Nilson, Fernando, Marileide, Luciano, Renato, Roberto, Marcos, Maria Regina, Edvan), que foram se aproximando e nos ajudaram a definir as temáticas sobre as quais interessaria fazer uma proposta à agência canadense. A que então enviamos ao International Development Research Centre (IDRC) – construída com a contribuição dos companheiros usuários – foi uma das 4 propostas selecionadas entre 120 projetos. Com a aprovação, outros usuários (Beth, Júlio, Sandra e Larry) de outras regiões do País (Sudeste e Sul) somaram-se às nossas reuniões multicêntricas, enriquecendo nossa diversidade: de gênero e cultura.

Esse processo foi fundamental e fundador de uma experiência rara no Brasil, que nos abriu para uma prática científico-política por nós até então desconhecida: a de definir perguntas de investigação juntos, usuários e pesquisadores. Perceba, leitor, que isso pouco ocorre: quem define as perguntas quase sempre são os pesquisadores, ou, às vezes, a influência dos financiadores que predefinem algumas temáticas de Editais de Pesquisa.

Entre as diversas pesquisas sob a chancela Aruc, relataremos, neste artigo, o modo como trabalhamos na *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*. Nela, traduzimos e aplicamos o *Guia da Gestão Autônoma da Medicação* (Guia GAM), instrumento criado no Canadá, desenvolvido em parceria entre pessoas com transtornos mentais, serviços alternativos e Universidade de Montreal, fazendo parte de um processo chamado Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que tem o diálogo e a troca como essência de sua abordagem.

No Brasil, a aplicação do *Guia GAM* ocorreu em grupos semanais de intervenção, em Caps de Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Novo Hamburgo/RS. Compostos por usuários e um profissional do serviço, um ou dois pesquisadores como coordenadores e residentes e/ou graduandos como observadores, os grupos ocorreram durante seis meses, em 2009,

[3] Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps): entre a “saúde coletiva e a saúde mental”, conduzida pelos membros do grupo de estudos “Saúde Mental e Saúde Coletiva: Interfaces”, inserido no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob coordenação de Rosana Onocko Campos, e com a participação de Regina Benevides e Eduardo Passos, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Detalhes sobre esta pesquisa em Onocko et al. (2008).

encerrando no início de 2010. Ao longo de 2010, a partir do material empírico dessa experiência, trabalhamos na construção do *Guia GAM brasileiro* (Guia GAM-BR).

Alguns de nós, usuários dos três estados envolvidos, colaboramos ativamente nas adaptações do guia canadense e na construção do guia brasileiro. Nos encontros da pesquisa, ocorria compartilhamento de saberes entre pesquisadores e usuários, onde todos nós experimentamos uma mudança de lugar e um exercício de coconstrução. No início do projeto, nós, usuários, éramos participantes da pesquisa e, ao longo do processo, tornamo-nos também pesquisadores, convidados a participar das reuniões na Universidade e a nos engajarmos em outros projetos com os acadêmicos. Hoje, no momento em que escrevemos, identificamos três modos de participação: os pesquisadores usuários, os colaboradores (usuários e profissionais) e os pesquisadores acadêmicos.

Ao aplicarmos o guia nos grupos, apostamos na coletividade como um dispositivo de participação – desafio e aposta também da nossa Reforma Psiquiátrica, onde autonomia refere-se a ganho de poder de **contratualidade,**[4] à multiplicação das possibilidades de trocas sociais. Além de estimular o uso racional e negociado de medicamentos, também esperamos ter desenvolvido experiências inovadoras de pesquisa e de formação de profissionais de saúde mental, de modo que essas pessoas possam experimentar o valor da palavra do paciente.

Queremos divulgar a experiência e os efeitos do encontro entre acadêmicos e usuários. Nós – *pesquisadores* (no sentido que aqui entendemos) e colaboradores – queremos contar como se deu essa ajuda mútua para conseguirmos falar/traduzir a "experiência GAM".

Pensávamos que este seria um artigo escrito por usuários com ajuda dos acadêmicos: os usuários transmitiriam o saber de quem passou pela experiência de adoecer e receber tratamento, assim como as possíveis diferenças e reflexões surgidas com a participação na pesquisa; e os acadêmicos ofereceriam as ferramentas técnicas para que este texto ganhasse visibilidade no meio científico. Contudo, ao longo do processo de escrita, percebemos que era impossível separar a experiência do usuário e a do pesquisador, e que precisávamos falar de nós, sem distinção entre pesquisadores e pesquisados.

Assim, cada participante da pesquisa interessado em participar deste escrito fez um breve relato sobre o que havia sido essa experiência para si.Vimo-nos com vários textos soltos e perguntamos-nos como juntar estes fragmentos do vivido. Valemo-nos de uma imagem: a colcha de retalhos, trabalho artesanal em que se unem pedaços de pano com método, almejando um desenho estético. Cada texto individual (retalho) foi então colocado no desenho de um artigo (introdução, objetivos, metodologia, discussão, conclusão). Almejando um texto coletivo, juntos escolhíamos o lugar de cada trecho, em um processo de coconstrução.[5]

[4]Aumentar o poder de contratualidade significa promover a participação do usuário na tomada de decisão, no contrato com a equipe de saúde de seu tratamento. Assim, não entendemos autonomia como fazer sozinho, mas sim como fazer junto, que o usuário seja escutado e sua voz seja considerada na hora de definir quais os caminhos para o seu tratamento. (ONOCKO et al, 2012).

[5] A construção coletiva do artigo deu-se em encontros bimestrais, que se estenderam por cerca de dois anos. Nos últimos encontros, agregaram-se também a esse esforço usuários dos serviços de saúde mental dos municípios de São Leopoldo/RS e São Pedro da Aldeia/RJ, participantes da segunda etapa da pesquisa, iniciada em 2011, na qual se fez uso do Guia GAM-BR resultante da primeira pesquisa.

A voz que captamos ao longo da pesquisa e durante a construção deste artigo é polifônica: todos têm voz no encontro e nos esforçamos para que tenham o mesmo valor. O modo como se toma a voz na pesquisa aparece na narrativa que a pesquisa produz. Jackson e Mazzei (2009) abordam o desafio de trabalhar com a voz em pesquisa qualitativa de modo não convencional e crítico. Pensam a pesquisa como lugar da surpresa, da diferença e da inclusão de saberes geralmente pouco reconhecido. Propõem uma escrita que mantenha as diferenças para que o leitor encontre o que não conhece do outro, para que escute o que o outro diz e (re)conheça sua singularidade.

Esta posição, Passos e Barros (2009) chamam de estrangeiridade em relação ao que é dito, em que podemos estranhar o que escutamos,tornando-nos mais críticos em relação ao nosso saber. O texto que segue parte de um intenso exercício de tradução mútua, em que emprestamos uns aos outros nossas capacidades de estranhamento, criação e compreensão.

Justificativa

Não somos só um número de prontuário, somos cidadãos que têm um problema e estamos em busca da sua reversão. Rotulam a alguns de nós com um diagnóstico que nem sempre é preciso. *Nós* temos o objetivo político de questionar as coisas que os usuários não alcançam ainda nos serviços, na cidade e na ciência. Buscamos, com este escrito, mais alguns objetivos: mostrar o que estamos produzindo e aumentar o espaço do nosso trabalho para que possa haver inovação em outros meios acadêmicos; fazer pensar juntos profissionais, usuários e acadêmicos, unificando os saberes dentro do coletivo; criticar o modo de construção de saúde; mostrar o que se produz quando se misturam usuário e *pesquisador* (juntamos nós). Quem tem conhecimento tem receio dessa mistura, desse encontro, pois ele problematiza a autonomia no uso de psicofármacos e questiona seus limites. *Nós* defendemos que o usuário precisa ser incluído e respeitado na decisão sobre o uso de medicamento. Não queremos criar a ilusão de que as pessoas poderão decidir sozinhas sobre a medicação, Queremos mostrar-lhes que elas podem conversar sobre isso com a equipe que as cuida e negociar o melhor tratamento para si.

Sobre a GAM

GAM é uma prática ligada ao atendimento em saúde mental cuja meta é esclarecer o uso de medicamentos no cotidiano, tornando seus usuários cogestores no tratamento. Esta estratégia teve início no Quebec, Canadá, e vem sendo estudada no Brasil por meio de intercâmbio entre os dois países, envolvendo profissionais, usuários e colaboradores. Constatamos que a ausência de informações sobre o uso correto de medicamentos, assim como o surgimento de efeitos indesejáveis são fatores capazes de afastar o usuário do tratamento. Aliamos a isso também a falta de perspectivas de vida, que pudessem beneficiar os usuários, como o compartilhamento de problemas com amigos ou familiares, a busca da fé, do filosofar, do estudo e do conhecimento sobre si e sobre o coletivo. Isso pode ser conseguido, a princípio, com a participação em grupos terapêuticos, em oficinas de criação e/ou geração de renda, com o amor e o trabalho, que indiscutivelmente apontam novos horizontes na esfera pessoal, em paralelo com o tratamento. O que defendemos com a GAM é o pensamento de que devemos desenvolver habilidades e atitudes para exercermos nossos direitos e termos melhor qualidade de vida.

Ao longo da “trajetória GAM”, deparamo-nos com o fato de que, embora alguns de nós não tivéssemos um diagnóstico enquanto outros tínhamos diagnósticos diferentes, sentíamos coisas muito semelhantes e/ou os mesmos sintomas. Às vezes é difícil diferenciar quando é sentimento e quando é sintoma – podemos, por exemplo, confundir tristeza com depressão. Observamos uma tendência a considerar os sentimentos de pessoas com transtorno mental como sintomas. Foi o que se passou com um de nós que, ao contar para o terapeuta que estava triste e angustiado, ouviu este lhe sugerir aumento da dose do medicamento.

A experiência do uso de medicamentos remete ao risco iminente de crise e à internação, colocando o recurso medicamentoso em um lugar pouco visitado para discussão.

Construção coletiva do guia GAM: o início, o fim e o meio

Profissionais de saúde mental de diversas áreas uniram-se para pesquisar um tratamento melhor para os usuários. Na Reforma Psiquiátrica brasileira estão engajadas as universidades envolvidas neste projeto e outros atores, incluindo usuários e familiares, protagonistas dessa pesquisa.

O *Guia GAM* foi elaborado para ser compreendido pelos diversos atores sociais. Utilizamos um vocabulário de fácil entendimento, permitindo perspectivas maiores de nossas experiências no campo da Saúde Mental. Para isso, cada psiquiatra, psicólogo, usuário, familiar, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e outros trabalhadores de saúde mental, com muito empreendimento, tiveram função específica na pesquisa. Desse modo, a construção do *Guia GAM-BR* resultou em um trabalho árduo, de amor,

de dedicação, de responsabilidade, de vontade de acertar, de revolucionar as práticas em saúde mental, de colocar em ação os princípios da Reforma Psiquiátrica e, ainda, de vontade de ter a GAM reconhecida como avanço, no âmbito nacional e internacional, com impacto positivo na saúde mental.

O *Guia* pretende ser instrumento de crescimento pessoal, construído a partir da realidade brasileira. Mesmo em parceria com o Canadá, temos nossas particularidades. Um ponto que ganhou importância no *Guia GAM-BR* é a discussão sobre o acesso dos usuários ao medicamento, o que é dificultado pela burocracia, pela escassez e por todo tipo de limitações – esta é uma temática inexistente no guia do Canadá, o que ressalta a diversidade entre os países. Valorizamos, ainda, o acesso à bula, que pode promover o conhecimento de uma linguagem anteriormente muito restrita.

GAM é um processo de aprendizado sobre o uso de medicamentos e de seus efeitos em todo o contexto de nossas vidas. Questiona nossas necessidades, desejos e vontades em relação à medicação, permitindo visualizar que não existe apenas um único caminho para melhorar nossa qualidade de vida: o importante é conhecer alguns pontos básicos e adaptá-los a nossa própria situação.

Este *Guia* ajuda a tomarmos decisões em nossas vidas com nossos próprios recursos, e a realizar escolhas sobre o uso de medicamentos (aumentar, diminuir e trocar) de forma compartilhada com a equipe de saúde que nos acompanha. O *Guia* ajuda-nos a desenvolver uma independência maior em relação aos medicamentos. Temos que aprender a fazer perguntas, encontrar informações disponíveis e alcançar nossas próprias conclusões, o que nos ajudará em nosso bem-estar. As informações sobre o que a pessoa sente são relevantes para a adaptação do tratamento às suas necessidades. Da mesma forma, importa saber com quem podemos contar nos momentos de crise, conversar com os profissionais de saúde envolvidos no nosso tratamento medicamentoso, sermos incluídos nas decisões sobre o próprio tratamento.

Antes da GAM, acompanhava-nos um sentimento muito forte de rejeição, somado a inferioridade e a incapacidade. Depois, uma nova visão, a necessidade de uma rede de apoio que nos acolha, autoestima e autonomia. Com a GAM e após a GAM, cresce nossa consciência em relação ao tratamento. Percebemos, a partir das nossas crises – antes, durante e após elas acontecerem – que o tratamento não pode se restringir só ao medicamento.

No entanto, a prioridade na saúde mental ainda é o tratamento medicamentoso. Defendemos que outras terapêuticas sejam oferecidas, bem como lazer, esporte e cultura. A importância do *Guia GAM* é não olhar só para o medicamento. Medicamento por si só não desabafa; você tem de desabafar, fazer-se um ator social que pensa, age, reflete.

Será que a rede de saúde mental está estruturada para acolher um cidadão esclarecido, apropriado das informações, politizado? Está preparada para lidar com a loucura cidadã?

Retorno à cidadania, encontro com o mundo

Nós revisitamos e valorizamos nossas experiências de vida, o que nos levou à reflexão de que os usuários devem encabeçar/protagonizar diálogos sobre a loucura. Dentro das perspectivas da Reforma Psiquiátrica, vale ressaltar a necessidade de fortalecer os serviços substitutivos, ampliar a expansão para o cotidiano do usuário, inserido na sociedade, e alicerçar as relações dinâmicas de saúde mental entre comunidade e universidade.

Um dos sentimentos que permeiam as relações entre profissionais e usuários e que precisamos salientar é o medo. No Caps, profissionais e usuários têm uma relação mais próxima que no hospício. Porém, tanto o profissional quanto o usuário temem essa aproximação: medo de que um não entenda o outro, receio de falar com o profissional mesmo tendo necessidade disso. Uns e outros têm medos, às vezes medo um do outro, mas são medos diferentes. Queremos, ao contrário, desenvolver coragem para falar, ser ouvido e não sucumbir ao medo que pode ser vencido por meio de nossas ações e nossa persistência mental positiva. A loucura só pode ser tratada com coragem por meio do cuidado humanizado – cuidado que não se limita ao tratamento medicamentoso, mas requer aumento da participação nos serviços substitutivos, os quais devem oferecer oficinas de geração de renda, passeios e outros recursos. Os centros de convivência são, nesse sentido, uma excelente ferramenta para desenvolver as habilidades pessoais dos usuários de saúde mental.

O trabalho em rede é fundamental para garantir a circulação dos usuários pelos espaços da cidade, para além dos serviços de saúde. É preciso mais financiamento, mas também maior controle social, para que esse trabalho possa acontecer. A rede de apoio ampara a família, que também precisa de auxílio e de orientação. Ou seja, a rede deve ser pensada em relação a toda a sociedade, buscando, dessa forma, melhores condições de trabalho na saúde.

É importante cuidar do funcionamento dos serviços para evitar o seu próprio adoecimento, pois o Caps pode gerar um círculo vicioso. Há quem prefira refugiar-se no manicômio para não ter de se encontrar com as dificuldades do mundo. Outros gostariam de sair, mas não conseguem. É uma espécie de contaminação que atinge tanto os profissionais quanto os usuários. Por isso, o Caps tem de ter uma boa estrutura e divisões de trabalho; tem de romper com o paradigma do manicômio e desenvolver estratégias para que os usuários superem as dificuldades que encontrarão na sociedade.

Alguns profissionais não nos estimulam a nos conhecermos melhor e, de posse desse conhecimento, termos uma vida ativa. É quando ainda fazem a atividade do pescador:

entregam-nos o peixe pescado e não nos ensinam a pescar. Nós, usuários, muitas vezes nos sentimos como os próprios peixes pescados, em função do modo como alguns Caps funcionam. Um de nós conta a experiência de quando vivia no Piauí e os pescadores colocavam milho como ceva na água para que os peixes "viciassem". Em poucos dias, os peixes não sabiam mais buscar comida e ficavam dependentes dessa ceva. Às vezes sentimo-nos assim com relação a alguns Caps que frequentamos, quando não favorecem nem estimulam maior circulação na rede, não só nos serviços, mas em outros espaços da cidade. Isso acontece também quando esses serviços restringem à medicação o tratamento em saúde mental.

Outras vezes, mesmo sendo provocados, não nos movimentamos em busca da realização de nossos objetivos. Alguns Caps têm feito esforços no sentido de construir parcerias com outros setores da sociedade para nos sentirmos melhor, não excluídos. Entretanto, a sociedade não acompanhou o ritmo da Reforma Psiquiátrica, e a reforma muitas vezes não acompanhou nossas demandas e anseios de reinserção na sociedade.

Ainda é preciso falar sobre autonomia, pois, quando a pessoa consegue ter equilíbrio ou continua o tratamento até sentir-se segura para conviver em sociedade, vivenciar o cotidiano, aprender coisas, isso diminui o peso para a família e para os serviços. Sem autonomia, o sistema todo vai por água abaixo. Existem usuários que não conseguem constituir família, encontrar a felicidade. Outras pessoas têm família, têm trabalho e, no entanto, também adquirem depressão.

"A arte da vida é enfrentar o cotidiano", dizia Paulo Freire. Não é simples enfrentá-lo, a vida é muito difícil. O orgânico já é uma guerra: os espermatozoides, o nascimento, as dificuldades em se relacionar na escola, no trabalho, na vida. Nesse contexto, encontra-se também o estigma: se a pessoa é humilhada, massacrada, isso vai refletir em desequilíbrio emocional, ela adoece, agoniza, enlouquece. Algumas vezes ofendemos os outros com nossa agressividade verbal e não verbal. Isso pode ser associado a excesso de sensibilidade, abalar-se com qualquer coisa que se fale – há quem diga que é uma fraqueza do espírito, da alma, que vai afetando a mente. Diante disso, o profissional da rede de saúde, que trabalha o dia todo lidando com fragilidades e potencialidades do ser humano, acaba sendo afetado, pois o contexto em que ele trabalha está adoecido.

É necessário valorizar o lado criativo da nossa vida, resgatar a dimensão da realidade e de nossos sonhos, florescer o interior, o lado espiritual. É preciso considerar a luz das pessoas, a poesia, a música, a arte e as habilidades de cada um.

O trabalho é outra guerra. Relações de trabalho podem ser lugar de adoecimento. Para cuidar da saúde, às vezes é preciso se afastar do trabalho. No entanto, essa frustração permanece. Devemos ter em mente que a possibilidade de realização dos sonhos não

acaba com a doença, o sonho continua. Para atingirmos nossos ideais é necessário, portanto, que exista **autonomia**, envolvendo as relações entre profissionais e usuários e produzindo mudanças significativas para lutar contra o sistema adoecido com o qual nossa realidade se depara.

Autonomia está interligada à esfera cidadã. Temos que dar força, sentido aos direitos do cidadão, para que esses direitos não se limitem a uma utopia. Não nos encontramos em uma guerra declarada, mas precisamos sobreviver dentro da sociedade: comer, vestir, trabalhar, respeitando as pessoas que compreendem e habitam um determinado grupo de fenômenos que nos escapa.

O trabalho tem papel importante na recuperação da autoestima da pessoa, motivando-a, socializando-a, para que se sinta cidadã. As oficinas são dispositivos importantes para a socialização. Por seu intermédio, podemos trabalhar e encontrar, não somente outras pessoas, mas a nós mesmos e aos objetos ou instrumentos de trabalho. Podemos também ir ao encontro da sociedade que existe fora do contexto do Caps; podemos pegar ônibus, ter dinheiro para comprar na padaria, ter uma rotina dentro da sociedade. Podemos, assim, nos encontrar com o mundo, encontro para o qual trabalho e geração de renda são importantes. Amor também é importante, e isso medicação não dá, apenas ajuda.

Um de nós sempre fugiu da tesoura, cola e papel; ficava circulando no serviço, não falava e se escondia atrás dos óculos, do boné. Um dia descobriu que gostava de fazer tapete e foi se comunicando aos poucos. Toda vizinhança ganhou tapete. Este exemplo nos faz perceber que não nos sentimos em condições de trabalhar oito horas por dia. As oficinas de geração de renda não podem seguir a lógica do lucro e da competitividade. O trabalho nas oficinas deve ser acessível às limitações dos usuários e afinado com suas potencialidades. Treinamento e suporte são importantes para encontrar um trabalho prazeroso. Não é necessário ser voltado apenas às atividades artesanais – buscamos recursos profissionalizantes no território, de acordo com aquilo que queremos fazer.

A política pública pode propiciar tanto inclusão quanto exclusão social, porque o atendimento diferenciado em serviços de saúde geral e saúde mental gera discriminação. O modelo manicomial provocou a exclusão das trocas sociais da pessoa que sofre com problema de saúde mental. Para garantir a inclusão é necessária a mudança do mundo e a ampliação da justiça social. Essa mudança persiste em estar de acordo com o discurso que deu origem à Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual defende a garantia de nossa participação, a valorização da nossa voz e a transparência das ações. Estes devem ser os princípios éticos que norteiam todas as ações em saúde. Precisa-se atentar para não correr o risco de afundar esses ideais na hipocrisia, vaidade, mentira e corrupção.

Sabemos que, se participarmos ativamente da Rede de Saúde Mental, aumentaremos o vínculo entre nós, usuários. Juntos, podemos ajudar-nos mutuamente a construir o mundo que idealizamos. Partimos do pressuposto de que quem sofre tem condições de ajudar quem sofre; é gratificante a sensação de encontro, de grupo, a oportunidade de relatarmos as histórias que vivemos e que nos são comuns, algo conquistado na experiência da pesquisa GAM. Existe uma diferença de linguagem entre profissionais e usuários, assim como entre os próprios usuários, e, ao possibilitar esses grupos, potencializa-se a nossa capacidade de compreensão.

Loucura e experiência de adoecer

A doença mental não tem raça, sexo nem classe social. Quando a pessoa tem doença mental, independentemente de ser rica ou pobre, ela sofre e precisa de cuidado. O que muda é o tratamento que recebemos. No nosso caso, falamos da rede pública de saúde.

Historicamente, as pessoas com doença mental eram presas no hospício. Hoje, conquistamos uma política de Estado que prevê tratamento em liberdade, no território de vida das pessoas. Essa mudança, no entanto, ainda encontra limites e não alterou suficientemente as restrições que experimentamos para nos relacionar com a sociedade. Há pessoas que seguem internadas e encontramos limites no nosso cotidiano em relação a políticas públicas que avancem para além dos manicômios e dos Caps. Por exemplo, embora uma das consequências do uso de medicamentos seja o aumento do peso, risco de obesidade, além de doenças como diabetes, osteoporose, entre outras, não houve expansão de incentivo para o esporte, acesso a academias e às atividades físicas com orientação de profissionais.

O que vemos nos Caps é que doença mental não é brincadeira. Estar lá dentro, para nós, usuários, é pesado. Vemos muito sofrimento e algumas pessoas que, muitas vezes, não estão nem em condição de se vestir. É a pior doença, porque vamos dar trabalho para a família, para o vizinho, para a sociedade. Esta avançou muito tecnologicamente, ao criar medicamentos; entretanto, não avançou nas relações sociais. A doença mental tortura o ser humano. Não o mata, mas tira a vida. Restringe a vida social e a cultural humana, e a sociedade ainda possui preconceitos e estigmas que potencializam as dificuldades de reinserção do usuário de saúde mental no meio social.

Desse modo, ressaltamos a importância de dispositivos que possibilitem o encontro entre usuários. É fundamental encontrar pessoas que se sentem como nós, que sabem desses sintomas de que falamos. As “vozes”, por exemplo, são um dos grandes problemas, são sintomas que nos perturbam e retiram o equilíbrio. Por um lado, deixamos de realizar muitas ações por causa delas; por outro, fazemos coisas além daquilo que está dentro de nós, de nossa consciência. Assim, há vozes que mandam nos suicidarmos. Como diz um

companheiro: *Quando eu entro na voz, aí não sou mais eu*. Isso reflete o horror que é a experiência de ouvir vozes – deixa você lá embaixo.

A experiência da doença mental tem como consequência que, quando estamos ansiosos, deprimidos, angustiados, ficamos agressivos, falando coisas agressivas, ferindo as pessoas sem necessidade. Depois bate o arrependimento e nós nos reprimimos e até choramos por termos feito um ato agressivo contra alguém. Tal questão não se resolve apenas com uma consulta médica. Muitas vezes é necessário não só fazer uso de medicamentos; é preciso buscar a origem dessa agressividade, conversar e pensar em outras formas de tratamento além da medicação.

A questão da loucura é muito polêmica – ela existe, mas diferencia-se pelo que entendemos ser transtorno mental. É quando você perde a noção do real, foge da sua consciência. A loucura tem cura, a cura está no tratamento, no sentido de não se suicidar, de manter-se vivo, de colocar o corpo em atividade, de organizar certa estrutura, porque nosso corpo vive de adaptações. É possível, sim, sentir-se realizado em pequenas coisas, em pequenos espaços, para não alimentar a loucura – pois ela tende a contagiar todo o nosso corpo e virar um inferno. No entanto, existem pessoas que estão muito piores que nós, abandonadas nos hospícios, tornadas indigentes por causa da doença, comendo suas próprias fezes. Precisamos fazer alguma coisa por elas. Essas pessoas estão vivas! Há esperança para elas! O Caps pode ajudar, tratando em liberdade, ainda que precise avançar na qualidade do cuidado que oferece.

Quando o profissional vira burocrata e tem medo de ousar ou não sabe conviver, ouvir, falar, quando permanece no silêncio ao ser estimulado pelo usuário a conversar, ele está contribuindo para um sistema que mata as pessoas na relação. Matar é tirar o sujeito do convívio com a sociedade e drogá-lo, isolá-lo da sociedade por meio do uso de medicamentos. Medicamento é bom e é necessário para o tratamento, mas é preciso buscar outros mecanismos.

O profissional faz parte do mesmo mundo que nós. Precisamos pensar na sua formação. Para nós, falta-lhe conhecimento. A universidade está com o velho conhecimento, não acompanhou as transformações sociais. Quando trocamos de médicos, a conduta destes é quase sempre a mesma. A transformação social, na nossa realidade, poderia acontecer se, aos futuros profissionais, dentro do espaço da universidade, fosse ensinada a importância de efetivamente nos ouvir. É preciso considerar o conhecimento popular no contexto social em que vivemos nos serviços de saúde, repercutindo nas trocas de saberes em que educação popular e saúde estejam entrelaçadas. Isso possibilita construir novos conhecimentos, novas práticas, atitudes dentro do serviço de saúde e também no campo de pesquisa. Esse

processo que estamos desenvolvendo – a pesquisa GAM – reflete na prática a produção de conhecimentos elaborados de forma compartilhada.

A experiência do usuário pode e deve ser partilhada na escrita de um artigo. Supostamente, seria algo apenas do pesquisador acadêmico, mas, entre nós, usuários e acadêmicos, transformamos a escrita em algo compartilhado, aprendemos a unificar nossas potencialidades e a criarmos juntos.

Encontro: juntar nós para fazer laços

As reuniões multicêntricas representaram uma composição entre mundos diversos, entre usuários de saúde mental e acadêmicos, proporcionando uma experiência proveitosa de aprendizagem no compartilhamento do espaço universitário com os usuários.

A universidade, de fato, não tinha essa abertura de *fazer com o usuário* aquilo que está no coração do trabalho acadêmico, que é a pesquisa. Nesta pesquisa, construímos juntos os rumos do projeto. Fizemos da produção de conhecimento um processo compartilhado, promovendo a articulação do ensino com a aprendizagem e a extensão comunitária. Não nos limitando à técnica no desenvolvimento de projetos para a sociedade, mas construindo juntos o projeto, consideramos o conhecimento produzido de grande importância para os pesquisadores e a sociedade.

Para nós, representantes da universidade, valorizar a palavra do usuário, estar junto, ao lado, em seu mundo e apoiando-o nos seus percursos de vida nos leva a compreender que o encontro com a vida do outro é a experiência mais formadora que se pode propiciar aos estudantes. Esta experiência também contribui para melhoria da qualidade do serviço do Caps, possibilitando aos futuros profissionais mais condições de trabalho, por meio da maior compreensão que adquirem do contexto de vida dos usuários.

Todos nós já vivenciamos alguma experiência de trabalho em parceria entre universidade e usuários dos serviços. Mas *foi algo inédito*, para nós, a abertura das tarefas próprias ao mundo acadêmico, como a pesquisa, o desenho de projetos e a produção de artigos.[6] Experimentamos e percebemos como e o quanto as questões que nos colocamos têm clara relação com a nossa inserção institucional e social. Esta aliança entre acadêmicos e usuários propiciou o surgimento de novas ideias e modos de trabalhar, abriu-nos novos horizontes, de tal modo que não conseguimos mais imaginar o trabalho sem estarmos uns e outros juntos.

Entre nossas conversas para a elaboração deste escrito, surgiu em todos a vontade de falar, de compartilhar experiências – às vezes a necessidade de sair da sala, de ir lanchar, beirando por horas o caos, quando surgiam falas ao mesmo tempo, discussões acaloradas e muitos

[6] Ao longo do percurso alguns usuários deram forma à sua vontade de pesquisar e com a ajuda dos estudantes da equipe de pesquisa escreveram e realizaram projetos como: o Guia do Usuário de Saúde Mental (Gusm); Em busca da cidadania, que replicou a experiência de aplicação do guia GAM em um Caps, porém conduzida por usuários; e A voz dos usuários (http://avozdosusuarios.blogspot.com.br/). Estes são alguns dos movimentos que a pesquisa foi nos permitindo e que possibilitaram também aos usuários estarem à frente de projetos de pesquisa por eles criados e avaliados.

movimentos. Assuntos alheios à pauta iam surgindo, e depois os assuntos previstos eram retomados. Isso tensionava nossa relação: de um lado, certo abandono da objetividade; de outro lado, a descoberta da aventura de tentar uma concentração e um foco.

Nós, profissionais da pesquisa GAM, somos sensíveis às limitações dos usuários, fazemos tudo para que aqueles de nós que são usuários se sintam bem aceitos e não à margem da sociedade. Por meio de nossas discussões, tivemos oportunidade de extrapolar para além do uso de medicamentos, e cada um pôde falar da sua experiência, em roda. Porém, sentimos a diferença de nossos ritmos: às vezes havia pressa, justamente na hora de parar para escrever. Uma de nós fez um poema sobre isso:

> Porque a pressa?
>
> Sinto que minha mente, assim como meu corpo, estão querendo ao mesmo tempo tentar resgatar o que ficou para trás e juntar com o que estou vivendo hoje. Com isso fico sempre em estado de alerta. Algumas pessoas me perguntam: por que a pressa? Para alguém, como eu, não diferente de tantas outras pessoas que precisam de medicação contínua, cada dia torna-se um desafio constante. Por que isso acontece? Porque tenho medo que o amanhã chegue e me leve com ele. Preciso de mais tempo. Tempo para minha família, para mim, mas sinto uma necessidade muito grande de carinho, de conversar e estou sentindo que as pessoas estão perdendo esse tempo. Sou muito sensível e intuitiva, percebo quando as pessoas não estão bem e quando posso vou até elas para que sejam ouvidas. Convivo quase que diariamente com meus colegas usuários e sinto neles que a pressa é sua companheira. Minha mente, ora está desenvolvendo textos, ora está silenciosa e noutras volta a pressa. Mas, olhando em minha volta, vejo que não somos só nós, usuários, que temos pressa. A grande maioria das pessoas está sempre correndo. Então não somos tão diferentes dos outros. Pensando assim, a pressa vai diminuindo e dentro de mim vai abrindo espaços para que eu me permita viver sem pressa (Publicado no Jornal do Caps Centro de Novo Hamburgo, 2ª Edição).

Muitas vezes nos perguntam: mas como vocês conseguem? Trazer junto os usuários não lhes faz perder muito tempo? E então fomos levados a pensar no tempo: qual tempo? Qual ritmo? Temos sido bastante produtivos. Às vezes ficamos cheios de fogo, depois pensamos: será que estamos gerando ansiedade e consequentemente uma lógica de trabalho doentia? Nesta pesquisa, procuramos estar atentos para não aprisionar o modo de cada um nos

moldes acadêmicos. Estamos somente começando. Avançamos agora na experiência da escrita conjunta. Como abriremos espaço a ela na selva acadêmica?

Este encontro possibilitou a troca de experiências, conhecermos pessoas, pensamentos e questões novas. Também nos tem ensinado a refletir sobre nossos atos, sobre o que é autonomia, cidadania, o saber do usuário, saber ouvir e tantas outras ideias. Consideramos um grande privilégio e uma alegria fazer parte desse grupo. Alguns depoimentos nos fizeram pensar em novas inter-relações entre clínica e cidadania. Como podemos nos atrever a reduzir ao nome de um sintoma uma experiência de vida tão radical? Há momentos em que esta experiência demanda unicamente seu reconhecimento. Foi somente quando construímos um ambiente propício, de confiança, que alguns de nós finalmente nos sentimos à vontade para compartilhar experiências que nunca havíamos contado para ninguém.

> Vou contar o que me aconteceu.
>
> Um dia, em uma reunião de oração, uma pessoa que tinha dom de ver visão espiritual falou que as pessoas que estavam ali estavam recebendo uma espada nas mãos. Eu estava sentado com a mão entreaberta e já havia esquecido o que o profeta falou, quando, de repente, senti algo quente entrar na minha mão. Até hoje minha mão direita arde em fogo. Não me causa nenhum dano, ou seja, não me causa dor. Estou contextualizando a situação. Não é delírio, pois uma outra pessoa foi quem viu, eu só senti o efeito daquilo que ele relatou.
>
> Em um encontro multicêntrico, assistíamos a apresentação, por uma acadêmica, da pesquisa sobre a experiência da esquizofrenia. Ela contava que os usuários participantes da pesquisa diziam do seu adoecimento através de três modos narrativos: um modo descritivo, um modo explicativo, e um modo vivencial, ou corporificado. Sobre esse último, os acadêmicos presentes pediram explicações, que ela deu, em alguma medida – disse tratar-se de um discurso que só pode ser enunciado em primeira pessoa, referido a singulares sensações corporais –, mas ele foi de fato ilustrado, ou “corporificado”, pelos usuários que, um por um, passaram a contar de suas próprias sensações, estranhas ao comum dos mortais, indícios de seu padecimento. Então um dos usuários tomou a palavra e disse que ia contar algo que nunca contara prá ninguém: o “marco zero” da sua doença. E passou a narrar, com riqueza de detalhes, duas cenas, uma da sua infância e outra, já adulto, que repetia elementos da primeira cena e que parecia marcar a eclosão

> do seu adoecimento. Era um relato pungente, escutado em absoluto silêncio por cerca de quarenta pessoas presentes àquela reunião, entre docentes, estudantes, trabalhadores, usuários, de vários estados. Ao final, ele, aliviado, reafirmou que nunca contara aquela história para ninguém, mas que, naquele grupo, sentiu que podia fazê-lo. Então, o que acontece ali, nesse lapso de tempo, que permite a esse sujeito contar daquilo que em nenhum outro espaço, nem nos de tratamento propriamente dito, ousou contar? O que, do narrar de uma pesquisa, permite o trânsito para narrativas ímpares? O que, naquilo que ele conta, prende de tal modo a atenção de tanta gente, que nenhum burburinho mais se ouve na sala? Naquele momento, numa sala da Unicamp, eram os acadêmicos anfitriões de hóspedes-usuários, ou tornavam-se os acadêmicos hóspedes de usuários-anfitriões em território universitário?

Até então, a questão dos direitos nos parecia uma questão dada, já conquistada: só seria preciso garanti-los. Este trabalho mostra que a garantia dos direitos não se separa do radical reconhecimento da verdade de cada experiência e do valor que esta assume em meio a nossa convivência cidadã – inclusive quando fazemos pesquisa. Por isso, o entrelaçamento entre clínica e cidadania impõe outro caminho para a pesquisa: não mais *falar sobre* os sujeitos, mas *falar com*. Como falar **deles** estando junto? Era impossível pensar que poderíamos alcançar este entrelaçamento, esta mistura. Hoje percebemos que precisamos falar uns **com** os outros.

Algo que nos deixa pensativos é a diferença entre esses dois pontos de vista, porque podemos compartilhar as duas perspectivas e entender que ambas são importantes e exigem diferentes formas de adaptação para cada estilo ou modo de vida. Para nós, usuários, há ainda algo mais importante que é compreender as duas fases de nossas vidas que se apresentam antes e depois do momento em que entramos em crise ou em que a doença mental se manifesta. Este modo de *fazer com* nos faz relativizar as fronteiras entre normalidade e loucura. Para escutar as experiências ditas “estranhas”, o profissional precisa relativizar o seu próprio modo de ver o mundo. Por exemplo, podemos pensar que todos nós ouvimos vozes: existe a “voz da razão”, que todos ouvem, mesmo sem se dar conta. Porém, para alguns, ela pode ser destrutiva.

Entendemos que a ideia sempre ocorre como uma voz. As vozes existem e podem nos fazer viver ou morrer. Juntos, pudemos entender melhor que as vozes que são ouvidas pelos usuários de saúde mental são como essas ideias. Nossa impressão, assim, é a de que esse contato nos tornou mais sensíveis, delicados, para poder acolher, perceber e suportar tantas diferenças. Também pudemos compreender melhor o que motiva as pessoas a

trabalharem de sol a sol e não enlouquecerem. Isso se encontra intrínseco em nossas relações interinstitucionais (diferentes universidades e serviços que compõem nossa pesquisa) e foi-nos ensinando a enxergar e suportar nosso conflito interno, a apreender com/pelos outros, a suportar discordâncias – tudo se torna aprendizado de vida.

Este encontro propiciou fazer de nossas diferenças (teóricas, intelectuais, pessoais) a mola de nossa criatividade. Nosso modo de trabalhar cientificamente foi modificado de tal forma que não somos nem poderemos voltar a ser o que éramos antes. Somos firmes em rejeitar a violência de interpretar experiências como a que citamos anteriormente, reduzindo a cena ali narrada a um sintoma.

Falamos dos efeitos de uma relação. Relação que tem, como componentes, respeito, confiança, carinho, aprendizado, vida. Relação marcada pela intensidade amorosa de nossos encontros, possibilitando esta construção mútua; relação rigorosa no campo intelectual. A partir dessa experiência compartilhada, podemos afirmar que afeto e pensamento caminham juntos.

Assim, este trabalho deu subsídios para por em prática aquilo que defendemos na saúde mental: a autonomia dos usuários, alicerçada na rede de relações com profissionais e acadêmicos.

Neste encontro entre usuários e acadêmicos, discutimos a forma de se trabalhar e a transformação em direção à autonomia, presente em vários depoimentos e narrativas de vida. Também ultrapassamos outros limites e barreiras sociais. Tornamo-nos mais críticos para dialogarmos com o médico, temos voz na decisão de mudar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Entendemos que autonomia também é a possibilidade do usuário fazer-se responsável pela própria medicação, dialogar sobre isso e administrar seus medicamentos no horário prescrito, não ficando assim totalmente (de)pendente do cuidador.

Considerações finais

Iniciamos este artigo com um foco: gerar espaço para a escrita dos usuários sobre a experiência da pesquisa. Em um dos encontros, quando nós, acadêmicos, repetíamos a pergunta "como é para vocês pesquisar desse modo com a gente?", ela nos foi devolvida por um de nós, usuário. Percebemos então que este artigo não tratava apenas da experiência do usuário na pesquisa, mas, sim, do encontro entre estudantes, professores e usuários dentro da universidade. Assim, reunimos escritos de cada um desses segmentos e fomos montando este texto, tentando constituir um "nós" que falasse mesmo do coletivo. Em alguns momentos, no entanto, as nossas diferenças apareceram de forma muito intensa, gerando conflitos. Escolhemos manter algumas dessas diferenças no texto: há momentos em

que o "nós" fala claramente da experiência do usuário, e outros em que fala claramente da experiência do acadêmico. Pretendemos que esse nós, constituído no respeito e no encontro, não apague as diferenças que temos e que fazem com que essa experiência seja ainda mais rica. Somos pessoas diferentes que lutam de lugares diferentes por uma mesma causa, que é política e científica: a Saúde Mental brasileira. É por juntarmos em uma pesquisa as nossas diferenças que podemos fazer diferença no mundo.

Temos empreendido essa forma de pesquisa que trabalha *com* os participantes do estudo. Buscamos chamar atenção para a dimensão ético-política das nossas escolhas teórico-metodológicas e seus efeitos na própria pesquisa: por um lado, como efeito deste encontro, a qualificação do pesquisador no campo intelectual; por outro, como efeito da implicação e do envolvimento com a proposta, o "olhar crítico" desenvolvido pelos participantes que se tornaram também pesquisadores.

Defendemos que esse encontro é uma mesa rica (viva) de possibilidades. Existe a totalidade e o holismo, há um todo que nós não conseguimos ver completamente, e o olhar do outro permite a visualização deste outro ângulo. O sujeito não pode ser fragmentado. O ponto que nos une é que sabemos que tivemos avanços e que precisamos ainda melhorar.

Nesse sentido, precisamos disseminar que usuários e acadêmicos podem e devem tornar-se "*nós*" na academia. A sustentação desse espaço possibilitará o equilíbrio do conhecimento acadêmico e o dos usuários da saúde mental. A sistematização do "conhecimento de nós" produz o protagonismo do usuário dentro da universidade. Representa uma vida de incursões ao complexo mundo de produção e de disseminação de conhecimento.

O projeto Aruc possibilitou a descoberta de conhecimentos e a abertura a novas experiências que hoje são compartilhadas neste texto. Um campo de conhecimento em que se compartilham experiências, sendo valorizado o contexto sociopolítico-cultural que integra acadêmicos, profissionais e usuários de saúde mental: tal espaço configura uma rede de discussão e troca, para nos entendermos melhor e termos melhor qualidade no serviço de saúde mental e também para produzirmos conhecimento útil à sociedade.

Nenhuma pesquisa é capaz de preencher o homem daquilo que ele necessita. Trabalhando conjuntamente, entendemos que a saúde mental está na convivência: quando temos um problema de saúde mental, temos um problema nas relações de convivência. Convivemos hoje em dia com o computador, que se tornou a caverna moderna: instrumento de socialização que por vezes impede as pessoas de conhecerem seu próprio vizinho. Quando sairmos dessa caverna, não sabemos aonde vamos parar, em nome de um sistema que somos nós mesmos. Temos que mudar e olhar diferente a realidade. A caverna, seja qual for, é um refúgio – parece que sempre estamos fugindo de nós mesmos.

Acadêmicos e usuários, colaboramos significativamente na explicação de trechos ora não compreendidos por uns, ora por outros de nós. Colaboramos também na potencialização da ideia de protagonismo em todos aspectos da vida dos usuários de saúde mental. Esperamos que este encontro tenha sido apenas o primeiro, e que esta experiência possa disseminar um novo modelo de pesquisa qualitativa aplicada à saúde coletiva.

Referências

CAMPOS, R. O. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 16, n. 43, out. 2012.

______ et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008.

PASSOS, E.; BARROS R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

JACKSON, A. Y.; MAZZEI, L. A. (Org.). **Voice in qualitative inquiry**: challenging conventional, interpretive, and critical conceptions in qualitative research. Londres: Routledge, 2009.

O Tempo, o Invisível e o Julgamento: Notas Sobre Acolhimento à Crise em Saúde Mental em Emergências de Hospitais Gerais[1]

Simone Mainieri Pauloné[2]
Alice Grasiela Cardoso Rezende Chaves[3]
André Luis Leite de Figueiredo Sales[4]
Carolina Eidelwein[5]
Cássio Streb Nogueira[6]
Débora Leal[7]
Diego Drescher[8]
Eduardo Eggres[9]
Liana Cristina Della Vecchia Pereira[10]
Mário Francis Petry Londero[11]
Renata Flores Trepte[12]

[1] Este texto é uma versão revisada e ampliada do artigo intitulado Foco Míope: *Apontamentos sobre o Cuidado à Crise em Saúde Mental em Emergências de Hospitais Gerais* publicado na Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2115>. Foi produzido no coletivo de pesquisadores INTERVIRES: *pesquisa-intervenção em políticas públicas, saúde mental e cuidado em rede* vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O projeto de pesquisa que embasa o artigo possui financiamento do CNPq e foi aprovado nos comitês de ética da UFRGS e do Grupo Hospitalar Conceição.

[2] Psicóloga, mestre em Educação (UFRGS), doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), docente do PPG em Psicologia Social e Institucional e do PPG de Saúde Coletiva da UFRGS, coordenadora do coletivo INTERVIRES: pesquisa-intervenção em políticas públicas, saúde mental e cuidado em rede <simone.paulon@ufrgs.br>.

[3] Psicóloga, especialista em Psicologia Conjugal e Familiar (Fase) e mestranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

[4] Psicólogo na SES-RS, especialista em Saúde da Família e da Comunidade/Residência Integrada em Saúde (GHC), mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

Resumo

Uma cartografia dos modos de acolhimento operados na atenção à crise em saúde mental é o tema deste artigo, elaborado a partir de uma pesquisa-intervenção realizada com três emergências de hospitais gerais em Porto Alegre. Os processos de cuidado em relação à saúde mental que nela aparecem são tão plurais e individualizados quanto às estratégias de que os trabalhadores lançam mão para dar conta das ansiedades que tais atendimentos mobilizam. A proposta sustentada metodologicamente na investigação cartográfica era a de colocar em análise o acolhimento com o tema da crise em saúde mental, com o objetivo de subsidiar possíveis revisões dos critérios de avaliação de risco relativos à saúde mental presentes nos protocolos de classificação de risco adotados pelos serviços estudados, bem como a discussão dos modos de utilização dessa ferramenta atrelada ao acolhimento. O medo ao desconhecido, o estigma associado à loucura e, fundamentalmente, a sensação de despreparo dos profissionais para escutar e resolver os problemas que surgem nas emergências produzem efeitos de invisibilidade sobre a dimensão da saúde mental presente em muitos dos atendimentos realizados. É nesse contexto que o tempo, o invisível e o julgamento emergem como analisadores dos modos de trabalhar nas emergências e podem indicar pistas para o resgate do sentido, muitas vezes perdido, do acolhimento como diretriz e dispositivo de humanização da saúde.

Palavras-chave:

Acolhimento. Classificação de risco. Crise. Reforma Psiquiátrica. Política Nacional de Humanização.

Incursões emergenciais

> "A gente está estruturado na emergência para atender alguma questão que traga risco. Essa é a função do nosso acolhimento: detectar um sinal que mostre risco à vida do nosso paciente. O componente psiquiátrico não é algo que vá favorecer o atendimento. Ele não é algo que está ameaçando a vida dele. A não ser que ele esteja gerando risco para outras pessoas (sic)."

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) e a Portaria MS/GM nº 2048, 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), determinam que a atenção às urgências psiquiátricas seja responsabilidade dos serviços de urgência e emergência dos hospitais gerais. Com base nelas e como fruto de um longo processo de mudanças culturais, políticas e técnicas que são afirmadas e viabilizadas pelas transformações operadas pela Reforma Sanitária brasileira, fez-se necessária a criação de dispositivos de atenção diferenciados, que funcionassem em rede e subsidiassem o direcionamento para um modelo de atenção no campo da Saúde Mental. Esse novo modelo – cujo modo de operar não mais estaria centrado na lógica manicomial – é denominado por alguns autores como atenção psicossocial, em contraposição ao modelo tutelar/asilar (YASUI, 2010), e deve dar conta da singularidade de cada demanda surgida em situações de adoecimento psíquico – entre as quais as situações de crise assumem especial importância.

Segundo os parâmetros legais supracitados, à medida que os hospitais psiquiátricos devem ser progressivamente fechados, o atendimento à crise em saúde mental passa a ser realizado nos hospitais gerais, os quais assumem, nessas circunstâncias, posição estratégica no cuidado das pessoas com transtornos psíquicos. Entretanto, é possível observar alguns entraves no que diz respeito ao modo e à velocidade com que a rede de saúde tem-se estruturado diante do ritmo das necessidades da população usuária e das próprias proposições jurídico-políticas criadas para atendê-las. As falas dos trabalhadores dos três serviços de emergência incluídos no presente estudo, o qual sistematiza os desdobramentos da pesquisa *Humanização em saúde mental: estratégias de acolhimento à crise em serviços de emergência de hospital geral* ajudam a compreender alguns desses entraves. Elas caracterizam os atuais modos de acolhimento operados na atenção aos sujeitos em situação de crise em saúde mental que procuram esses serviços. Pretende-se, com isso, que os resultados da pesquisa ofereçam subsídios a uma possível revisão dos critérios de avaliação de risco relativos à saúde mental presentes nos protocolos de classificação de risco adotados pelos serviços estudados, bem como a discussão dos modos de utilização dessa ferramenta atrelada ao acolhimento.

De início, é preciso sinalizar que nossa experimentação do campo, ocorrida entre os invernos de 2012 e 2013, constituiu-se de uma primeira rodada de 13 entrevistas com

[5] Psicóloga na Escola de Saúde Pública da SES-RS, especialista em Humanização da Gestão e Atenção do SUS (UFRGS), mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

[6] Psicólogo nos municípios de Tramandaí e Imbé/RS, especialista em Saúde Mental (Facos) e mestrando em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

[7] Psicóloga no município de Osório/RS.

[8] Acadêmico de Psicologia UFRGS, bolsista de Iniciação Científica Pibic CNPq-UFRGS.

[9] Acadêmico de Psicologia UFRGS, bolsista de Iniciação Científica Pibic CNPq-UFRGS.

[10] Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade/Residência Integrada em Saúde (GHC) e mestranda do Programa Europeu Erasmus Mundus em Saúde Pública EuroPubHealth (Escuela Andaluza de Salud Publica – Espanha/ University of Copenhagen – Dinamarca/Ecoles des Hautes Études en Santé Publique – França).

[11] Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), especialista em Saúde Mental/Residência Integrada em Saúde (GHC) e docente no curso de Psicologia da Univates (Lajeado/RS).

[12] Acadêmica de Psicologia UFRGS, bolsista de Iniciação Científica Pibic CNPq-UFRGS.

gestores e trabalhadores em postos estratégicos dos três serviços de emergência, seguida da realização de oito rodas de conversa com trabalhadores das mesmas unidades. As emergências estudadas situam-se em três hospitais gerais de grande porte da capital gaúcha, todos integrantes do mesmo complexo hospitalar vinculado ao Ministério da Saúde, "com atendimento 100% SUS e que, com uma oferta de 1.492 leitos, é responsável pela internação de 59,8 mil gaúchos por ano", constituindo a maior rede pública de hospitais do Sul do País (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2003).

Já nas primeiras observações e entrevistas realizadas, percebemos a heterogeneidade do modo como os três hospitais concebem e experimentam o acolhimento dos casos de saúde mental em suas unidades. Tal constatação nos trouxe a pista de que a construção do acolhimento em cada realidade e seu fazer cotidiano está relacionada ao entrecruzamento de planos distintos, campo de tensão entre formas e forças que se processam e que produzem desvios à medida que os encontros de cuidado acontecem em ato. Essa experimentação nos convocou a habitar uma incômoda zona de indiscernibilidade acerca da concepção de acolhimento, produzida pela problematização do *como* e do *quê* tem sido acolhido nas práticas de cuidado em cada hospital.

A esse respeito, por intermédio da análise do protocolo utilizado por uma das unidades hospitalares, verificamos que, já em sua introdução, tal documento trata, claramente, de um processo de triagem. Em nenhum momento utiliza a palavra acolhimento ao longo de suas páginas e, ao referir-se à triagem, afirma servir para "classificar e escolher" (FERNANDES et al., s.d., p.1). O protocolo segue descrevendo a origem militar desse termo, utilizado em campos de batalha para escolher "quem valeria a pena salvar", de acordo com os recursos disponíveis, entre aqueles feridos em combate: "o objetivo geral da classificação era retornar o maior número possível de soldados ao campo de batalha" (FERNANDES et al., s.d., p.1). Tal analogia com a linguagem militar, entretanto, parece transcender a origem do termo narrada nos documentos para deixar transparecer relações de cuidado que se concretizam nesses tensos espaços hospitalares. A rápida triagem, com foco nos aspectos fisiológicos mais evidentes, parece ter a finalidade pragmática de devolver os indivíduos às batalhas de suas vidas imersas em um capitalismo produtivista, servindo mais à continuidade de um funcionamento social e econômico instituído que à proteção e ao cuidado de cada vida.

O que nos ocorre é que, em meio a essa preponderância do olhar aos aspectos físicos mais "evidentes", há o centramento do cuidado em um saber individualizado, preocupado mais em reabilitar o quanto antes o doente aos "*fronts* de batalha" do produtivismo consumista de cada dia. Essa tecnologia, que pode ser denominada tecnologia leve/dura (MERHY, 2002), compõe-se de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo, e que irão individualizar, por sua vez, um corpo também indiviso, como em uma

linha de montagem. A fala de uma das enfermeiras que se ocupam do acolhimento em um dos hospitais é bem expressiva nesse sentido: "Às vezes no acolhimento me sinto meio como o Carlitos do filme de Chaplin, 'Tempos Modernos', que de tanto apertar parafusos, sai repetindo os movimentos desconexos rua afora" (sic).[13] Em seguida, ela acrescenta que a sua próxima escala de acolhimento ocorrerá dali a dois meses e se sente aliviada por isso, pois prefere ficar nas máquinas de raios X do que ficar ali, na linha de frente. Qual o sentido dessa escolha da trabalhadora preferindo o tempo que está entre máquinas em vez do período em que deve se dedicar a acolher as pessoas?

Neves e Heckert (2010), analisando as delicadas questões que o acolhimento mobiliza nos serviços de saúde e grupos de trabalhadores, afirmam que o trabalho deve ser compreendido como atividade de gestão das variabilidades e das imprevisibilidades. Nessa perspectiva, ele não só é retirado do campo da repetição incessante e rotineira de prescrições externas ao processo em que é efetuado, como também deixa de estar submisso a um estado de coisas instituído. Talvez o comentário da enfermeira revele um querer colocar as coisas em seus "devidos lugares", uma vez que o trabalho com a maquinaria requer, mais apropriadamente, o tipo de conduta que lhe parece ser exigida para atuar nos acolhimentos da emergência. Além disso, as máquinas de raios X não precisam ser esvaziadas de subjetividade, do conteúdo emocional que insiste em ser "sugado" das "pessoas-parafuso" na linha de montagem do acolhimento/triagem. Diferentemente dos procedimentos técnicos previamente determinados por protocolos, sejam eles mediados por aparelhos ou não, as imprevisibilidades possíveis do acolher requerem muito mais criatividade, capacidade relacional, disposição à experiência da alteridade e, portanto, gestão do próprio processo de trabalho do que estes trabalhadores afirmam conseguirem fazer. Nesse sentido, cabe o alerta das autoras:

> Os processos de acolhimento assim operacionalizados têm produzido, na maior parte das vezes, efeitos deletérios e de desgaste nas relações entre usuários e trabalhadores no cotidiano das práticas de produção de saúde. Isto pode ser percebido seja quando o acolhimento é vivenciado pelo usuário como mais um dique a transpor para 'resolver' suas necessidades de saúde, ou mesmo usufruir do consumo de sua dose procedimental, seja quando é visto como castigo pelos trabalhadores que são designados para a triagem, validação e/ou contenção destas necessidades. Este processo nos leva a indagar: o que se quer acolher nos processos de produção de saúde? (NEVES; HECKERT, 2010, p. 154).

Essa indagação provoca novas reflexões acerca dos modos de cuidados instituídos nas emergências. Usuários instigados a fazer "malabarismos" para conseguirem passar para a próxima etapa, a de pós-triagem/acolhimento, trabalhadores considerando essa primeira

[13] Ao longo do artigo, os excertos das entrevistas estarão sempre entre aspas, em itálico, seguidos da expressão segundo informação colhida (sic).

aproximação – a produção de vínculo com o usuário – como castigo... O que sobra dessa relação que vai assumindo este caráter de obrigação? Que prática de cuidado é mesmo essa que se passa nas emergências, quando restringe ao máximo um processo de vinculação entre o par usuário/equipe de cuidadores? O que se quer e pode, de fato, acolher nos processos de produção de saúde de um serviço de emergência hospitalar?

O tempo das emergências

> Como sempre o urgente não deixa tempo para o importante. (MAFALDA – Personagem do cartunista Quino)

Na emergência é possível observar uma pressão em conter qualquer ato que possa trazer risco à vida, parece sempre necessária a agilidade para anestesiar um futuro imprevisível, de maneira a não caotizar o trabalho em saúde. A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.451, de 17 de março de 1995, estabelece nos parágrafos I e II do artigo 1º, as definições para os conceitos de urgência e emergência a serem adotas na linguagem médica no Brasil. Define, ainda no parágrafo primeiro, que urgência é a "ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata". No parágrafo segundo, a definição de emergência aparece como "a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato". Assim, o emergencial está relacionado a algo que ocorre subitamente e o urgente com aquilo que tem premência. Se compararmos essas duas modalidades é necessário demarcar que a emergência clama por uma intervenção mais rápida do que a urgência. Este risco tão eminente ao qual está exposto o corpo parece fazer com que outros aspectos, não menos importantes, sejam deixados de lado. Isto é, a emergência cria um contexto específico em que a produção de vínculo, que entendemos primordial para o cuidado em saúde e, sobretudo, em saúde mental, seja relegada a um segundo plano.

Entretanto, ao vivenciarmos algumas horas de trabalho nas emergências dos três hospitais e ao nos depararmos com alguns dos dados produzidos na pesquisa, fomos confrontados com outro tipo de problematização a partir de um jogo com as palavras urgência e emergência, diferente daquele instituído no vocabulário médico. Enquanto a primeira está relacionada àquilo que urge, a segunda pode ser considerada como aquilo que irrompe, aquilo que emerge. Em outras palavras, trata-se de investir de potencialidade a palavra "emergência", tomando-a como aquilo que emerge entre usuário e profissional, como um momento de encontro intensivo entre ambos nos processos de produção de saúde. Partindo-se dessas considerações, indagamos: o que emerge e o que submerge desses encontros na emergência de um hospital geral?

A esse respeito, foi possível observar que prevalece um modo de cuidado predominantemente hierárquico, verticalizado, a partir de procedimentos técnicos protocolados para com um usuário tomado, *a priori*, como em estado de passividade: uma perfeita apresentação do clássico "paciente". Cunha (2007, p. 28) aponta que

> o hospital é um espaço extremamente adequado aos instrumentos da biomedicina, que cartesianamente separa a alma do corpo fatiado em pedaços estanques nas respectivas especialidades. A gravidade da questão orgânica permite que o aspecto biológico se destaque em serviços de emergência, o que fornece uma sensação de suficiência para o saber biomédico, voltado para procedimentos técnicos com pouca exigência de diálogo com usuários e outros profissionais envolvidos.

A possibilidade de morte exige pressa, como um dos trabalhadores comenta: "A nossa proposta de acolhimento é um acolhimento rápido, ele tem que ser rápido e efetivo. Porque às vezes o paciente chega pra mim e eu tenho que conseguir classificar ele rápido, justamente pra ele ter um atendimento mais rápido" (sic).

Uma constante no discurso dos profissionais das emergências são as palavras: *rápido, efetivo* e *estabilizado*. A função da emergência, segundo os entrevistados, seria devolver a estabilidade das funções orgânicas ao corpo que está sendo assistido. Por alguma razão, a homeostase corporal foi rompida e isso deve ser reestabelecido de maneira efetiva. E todos os procedimentos precisam ser feitos rapidamente, pois, a depender da gravidade do dano instalado naquele organismo, esse desequilíbrio poderá levar à morte. Interessante observar, no entanto, que mesmo reconhecendo que tais procedimentos só se aplicariam a muito poucos casos que apresentam de fato tal risco iminente, entre todos os atendidos, todo o processo de trabalho da emergência está voltado para estes. O tempo das emergências é o "tempo do paciente vermelho" (na classificação de risco que coloca estes como os pacientes que demandam atendimento imediato), apesar de que a maior parte do trabalho que nelas se execute seja passível, e em muito requeira, um "tempo verde da saúde" que permita o necessário, ainda que fugaz, amadurecimento de um encontro capaz de promover cuidado.

Estudos recentes apontam que, apesar do atendimento às emergências requerer treinamento específico e agilidade assertiva, esse tipo de atendimento corresponde a um percentual muito pequeno, de cerca de 5% da demanda diária de um pronto-socorro. E ainda assim, curiosamente, os profissionais costumam sentir-se despreparados para escutar e resolver os problemas que surgem nos atendimentos emergenciais não característicos ao costume instalado nesse serviço, tornando-se menos disponíveis a acolher de fato o usuário em sua complexidade (RIBEIRO; CASTRO, 2012).

A partir dessa lógica, temos uma problemática em relação ao acolhimento nas emergências, já que ele corre o risco de ser tomado por um viés organicista, no qual se abriria mão de considerar os aspectos psíquicos e sociais constitutivos da vida como elementos importantes para o cuidado integral em saúde. Vale, contudo, ressaltar que problematizar o cuidado à crise em saúde mental nesses contextos, não significa abrir mão, sequer deixar de priorizar absolutamente o atendimento aos "pacientes vermelhos" – motivos primeiros de existência das emergências! Significa, sim, produzir tensão na lógica vigente de atendimento emergencial, na qual um saber biomédico focado num corpo/órgão "em falência" (ou em vias de) parece ser único, exclusivo e determinante do que merece ou não receber cuidado.

O "tempo vermelho" da emergência aparentemente está voltado a um modo de atenção que não permite espaço para o encontro – palavra-chave quando se trata de entender o acolhimento em sua dimensão de diretriz da humanização da atenção na saúde. Nesta perspectiva de que o que demanda a ação rápida é sempre e apenas um corpo físico em colapso, o diálogo construtivo entre cuidadores e usuários torna-se empobrecido, com o contato restrito ao que está prescrito nos protocolos de atendimento e de procedimentos a serem realizados. A lógica de atenção em saúde nas emergências daí decorrente estaria pautada pelo que Merhy (2002) descreve como "trabalho morto", isto é, por um cuidado que não está em movimento – em relação. Um dos trabalhadores entrevistados faz esta curiosa analogia:

O funcionamento da emergência é uma coisa mais Mc Donald's: não tem entrada, primeiro prato, segundo prato, terceiro prato. Eles querem ver quem é que tem risco, que tenha que internar, senão, olham o que precisa e 'deu'. A emergência é voltada para o foco da doença, ela focaliza no tratamento que estanque aquele sofrimento emergente (sic).

Nessas circunstâncias, a rapidez justifica a simplificação do processo de trabalho à reunião mínima das informações suficientes para comunicar à equipe clínica qual paciente pode esperar e qual deve ser atendido imediatamente. Tal processo de simplificação da atividade, explicitado por Lipsky (2010), consiste na tentativa do trabalhador em adequar a demanda trazida pelo usuário àquilo de que o serviço dispõe, para poder lidar com ela e salvaguardar algum resultado em seu trabalho, o que certamente traz consequências à saúde do próprio trabalhador. Esvazia-se o processo, fantasia-se isolar as angústias e a complexidade do atendimento à pessoa que demanda cuidados, adequando-a ao que o hospital pode fornecer. "*Olham o que precisa e 'deu'*!".

Os protocolos de classificação de risco que guiam o trabalho na emergência podem ser vistos, em última instância, como modos de otimizar tempo e recursos materiais, racionando os custos do atendimento e aumentando o foco nas informações relevantes para a decisão clínica – sinais vitais, frequência e intensidade da apresentação dos sintomas

(MACKAWAY; MARSDEN; WINDLE, 2006). Todo o maquinário está "azeitado" para que as respostas sejam as mais adequadas e eficientes possíveis dentro de um tempo mínimo. Esse acolhimento construído por certos "saberes bem definidos" (MERHY, 2002, p. 95) expressa todo um modo de cuidado duro, "trabalho morto", sem possibilidades de trocas e de movimentos inventivos na atenção em saúde.

Contudo, retomando a intenção da Política Nacional de Humanização (PNH) ao propor o acolhimento associado ao dispositivo da classificação de risco para humanizar o cuidado nas emergências, cabe questionar: quais são os percursos dessa proposta de acolhimento? Quando nos deparamos com práticas de cuidado nas quais um uso técnico-burocrático da classificação de risco e do acolhimento parece predominante, o "acolhimento" não estaria operando antes como modo de afastar os cuidadores dos usuários? Como operar este dispositivo em outra lógica, a favor dos encontros que cuidam?

O invisível: dos muitos mundos e modos de "acolher"

> Assim, pois, a ficção consiste não em fazer ver o invisível, mas em fazer ver até que ponto é invisível a invisibilidade do visível (FOUCAULT, 1990, p. 30).

A crise em saúde mental pode ser considerada um episódio de desestabilização específica em que o sujeito parece não dar conta das intensidades afetivas que lhe perpassam naquele momento, impedindo tanto a própria pessoa, quanto aqueles de seu convívio, de levarem sua vida cotidiana. Uma vez apropriada e definida pelo saber psiquiátrico, entretanto, a crise em saúde mental passa a caracterizar o ponto máximo de intensificação da periculosidade do sujeito, no qual ocorre aumento da imprevisibilidade das atitudes e exacerbação da presença de comportamentos bizarros e arriscados. Para o saber biomédico psiquiátrico vigente, seria o ápice da desrazão, testemunho direto da incapacidade e da inabilidade daquele sujeito que experimenta a cisão dos sentidos da vida como desorganização de todo o contexto existencial e, como tal, atribui-lhe um sentido de pura negatividade, caotização e adoecimento. Essa leitura linear da crise, entretanto, não contempla um sentido potencialmente criador que a própria etimologia do termo contém.[14]

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) exploram esta complexidade inerente ao conceito de crise indicando que os entendimentos que um surto propõe são muitos e diversos para diferentes leituras, mesmo no campo psiquiátrico e psicanalítico. Alinham-se, nesse sentido, àquelas leituras que consideram a positividade do conceito que "poderia ser enriquecido a partir de um maior aprofundamento na vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente" (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 34).

[14] Do grego krisis, aponta um estado no qual uma decisão tem de ser tomada. A palavra sânscrita para crise é kri ou kir – e significa "desembaraçar", "purificar". No português, temos, ainda, a raiz crisol, elemento químico que purifica o ouro. Todas, portanto, indicam algum sentido de transformação, guardam um potencial de mudança e de criação que o sentido patologizado da crise em saúde mental, por exemplo, perdeu (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 32).

A íntima conexão que o saber médico estabeleceu, desde a modernidade, com o saber jurídico, vinculando periculosidade e desrazão, oferece fértil solo conceitual e aparente discursividade científica para sustentar uma concepção de crise restrita às rupturas desorganizadoras do sujeito que exigem intervenção externa hierarquizada e justificam qualquer cuidado normatizador. A partir de então, toda uma série de comportamentos preconceituosos, de atitudes excludentes e de tratamentos morais passam a ser justificados e naturalizam-se como modos de cuidar adequados e necessários à ordem social com a chancela do senso comum e do medo que domina grande parte da população. É por isso que ao analisar a operação pela qual se torna algo insuportável a olhos vistos invisível, seguindo a epígrafe supracitada, Foucault (1990, p. 30) utiliza-se das figuras de portas e longos corredores presentes nos relatos de Blanchot (1987, p. 90) que indicam: "lugares sem lugar, [...] corredores onde se abrem de repente as portas das habitações provocando insuportáveis encontros, abismos que abafam até os mesmos gritos [...]". Ao acompanhar as alusões que o filósofo faz ao literato, poder-se-ia pensar que estaríamos, ainda, escutando alguns dos relatos dos entrevistados descrevendo vivências de plantões [...] "corredores onde, pela noite, ecoam mais além do sonho as vozes apagadas dos que falam, as tosses dos enfermos, o exterior dos moribundos, o alento entrecortado daquele que não acaba nunca de morrer, habitação mais larga do que ampla, estreita como um túnel, onde a distância e a proximidade, a proximidade do esquecimento, a distância da espera – se reduzem e se alargam indefinidamente" (FOUCAULT, 1990, p. 30).

É nesses termos que se pode entender por que a aproximação de um indivíduo em uma situação de crise em saúde mental nas emergências produz uma estranha distância e proximidade de seus cuidadores – medo e rechaço que não excluem, nem convivem assintomaticamente, com o empenho para atender e o desejo de aprender mais sobre o que fazer com esses usuários que cada vez mais acessam tais serviços. Alguém "fora de si", "sem controle", "com evidente risco para si e para aqueles que estão ao seu redor" – corporificação do louco perigoso e assustador – são, ainda, as referências mais comuns à crise em saúde mental, não apenas nestes espaços de sofrimento limite de que vimos nos ocupando. Os profissionais de saúde que atuam nos hospitais gerais incluídos nessa pesquisa são apenas uma pequena parte que não se descola do contexto maior de medo ao diferente e de intolerância ao que não pode ser controlado em que estão inseridos. Subjetivam-se como trabalhadores constituídos e constituintes do mesmo poder normalizador a partir do qual operam práticas de cuidado, definem diagnósticos, classificam riscos e caracterizam as necessidades daqueles que chegam aos hospitais.

Minozzo e Costa (2013), em pesquisa que investigou a forma como profissionais da Estratégia de Saúde da Família lidam com a mesma problemática do presente estudo, identificaram dificuldades semelhantes no que tange aos serviços da Rede Básica de Saúde de entenderem suas participações na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) quando se trata de usuários

que podem e que irão, eventualmente, entrar em crise. Isso aponta para a necessidade de que o tema seja mais trabalhado entre profissionais de todos os pontos da Raps, a fim de que se amplie o processo de desinstitucionalização da loucura, como indicam os autores:

> Ressalta-se que é importante romper a associação habitualmente feita entre crise e periculosidade, que produz temor nos profissionais em se aproximar e escutar o paciente e o contexto em que esta crise emergiu. [...] Contudo, em hipótese alguma, pode-se abrir mão daquilo que pareça realmente essencial para um tratamento adequado para cada caso e para a proteção do paciente (MINOZZO; COSTA, 2013, p. 444).

Pautados por esse imaginário social acerca da crise em saúde mental, muitos dos trabalhadores entrevistados consideram que a emergência de um Hospital Geral não é lugar para esse tipo de atendimento. Alegam a necessidade de estrutura diferenciada, de tecnologia específica, de formação especializada e de uma série de condições "especiais" que colocariam o Hospital Geral fora dos limites de possibilidades para acolher o usuário em crise, dados os perigos e riscos que supõem acompanharem invariavelmente a loucura. Por essa razão, o encaminhamento desses casos para serviços específicos de saúde mental era citado, em muitos relatos dos trabalhadores, como único procedimento cabível e, não raro, a internação em hospitais especializados como a "solução" que a Reforma Psiquiátrica lhes havia retirado.

Se o foco da atenção está direcionado aos sinais vitais e à sintomatologia física presente no quadro clínico em nome de uma agilidade e eficiência no atendimento, se todo o processo de trabalho está organizado – leia-se, fragmentado como em uma linha de montagem – para os casos limite, para tirar o "paciente vermelho" da linha de risco, pode-se compreender que essas sejam as únicas saídas que ocorram aos trabalhadores das emergências. Mas também daí pode-se depreender que, se o atendimento ao usuário em uma ocasião de crise em saúde mental é rapidamente entendido como alheio à emergência, a Rede de Atenção Psicossocial encontra um ponto de estrangulamento importante prejudicial ao direito universal garantido a todo cidadão brasileiro de ter acesso "ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; [...] com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde" (BRASIL, 2001).

O artigo 8º da Portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial é muito claro em relação às funções cabíveis aos serviços de urgência/emergência em relação aos usuários que necessitem auxílio à crise em saúde mental:

> § 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência **são responsáveis**, em seu âmbito de atuação, **pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado** nas situações de urgência e emergência das pessoas

> com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
>
> § 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência **deverão se articular** com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Ao dialogarmos com a Política de Saúde Mental à luz dos princípios e das diretrizes da PNH observamos, entretanto, o contraste dos enunciados nelas contidos e a organização concreta do trabalho encontrado nas emergências estudadas, pautadas em protocolos centrados em procedimentos técnicos para corpos biológicos, com pouco ou quase nenhum espaço para os sofrimentos complexos que nelas se apresentam a cada dia. Nesse caso, o que é preocupante são os efeitos de invisibilidade que tal organização do trabalho acarreta no cuidado ao usuário que se encontra em uma situação de crise em saúde mental que acesse esses serviços, ou que, não sendo necessariamente um usuário da Rede de Atenção Psicossocial, faça uma crise em saúde mental, muitas vezes em função até mesmo do modo como suas fragilidades não tiveram acolhida naquela estrutura objetificante de atendimento.

Quando questionados sobre o atendimento a esse tipo de situação nas emergências, os trabalhadores entrevistados, a princípio, mencionavam que não era algo significativamente presente em seus cotidianos. As situações de atendimento à crise em saúde mental "sumiam" diante dos inúmeros procedimentos diários voltados para os corpos dos indivíduos que chegam em situações-limite de risco, dor e sofrimento. Contudo, ao insistirmos um pouco mais no tema, muitos casos eram lembrados, como, por exemplo: atendimentos às pessoas que tentaram suicídio, desintoxicação para usuários de drogas, crises depressivas, doenças crônicas que progressivamente desgastam as relações e debilitam emocionalmente usuários e familiares etc.

A explicação da "escassa demanda" em relação a atendimentos em saúde mental, feita por um dos entrevistados, nos permite explorar com mais precisão os efeitos produtores de invisibilidade oriundos da combinação "foco na sintomatologia-necessidade de eficiência para evitar a morte daquele que chega": "*A gente atende muito pouco paciente aqui com a queixa da saúde mental. A gente, normalmente, atende o paciente que tem o problema de saúde mental, mas ele vem com uma queixa clínica. Ou é o paciente asmático, ou o*

paciente que tá com dor, tá com pneumonia, tá com algum problema clínico. Então, normalmente, a gente atende esse paciente, nesta situação" (sic).

Problematizando que tipo de dispositivo opera tais efeitos de invisibilidade ao sofrimento psíquico presente, em alguma medida, em qualquer dos atos de cuidado e, especialmente, nos casos de agudização deste sofrimento que a crise em saúde mental talvez escancare, esta invisibilidade parece demonstrar o quanto todo o procedimento realizado nas emergências está voltado para uma espécie de "corpo-carne", como se fosse possível dessubjetivá-lo de algum modo – negar a complexidade da vida, da história de um sujeito que ali transborda. Seria talvez o "paciente em surto" ou o "paciente psiquiátrico" aquele que mostraria a invisibilidade do visível no que tange aos processos subjetivos em jogo nas emergências? Sendo a subjetividade incontrolável, não estabilizável, cala-se tudo aquilo que nos faz lembrá-la.

O estudo supracitado dedicado à análise do atendimento à crise em saúde mental corrobora esta constatação quando avalia "a corporeidade do sujeito em crise" (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 38) como um dos aspectos do manejo da crise essenciais para possibilitar boa condução desse momento vulnerável na vida do sujeito. As pesquisadoras também observam que "em muitos equipamentos de saúde, pacientes com o 'carimbo' de pacientes psiquiátricos não possuem permissão para apresentarem problemáticas clínicas de qualquer outra ordem que não as 'doenças da mente' [...]" (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 38). Assim como o inverso também ocorre e as nada raras descompensações físicas, desencadeadas pelas crises intensas de angústia, "que dão sinais do agravamento do quadro de sofrimento; e com exceção dos casos mais graves ou mais aparentes, na maioria das vezes, estes pacientes, ao darem entrada nos prontos-socorros são imediatamente remetidos apenas às enfermarias psiquiátricas" (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 38). Qualquer um dos dois extremos atesta a mesma concepção fragmentária e dissociada de saúde e de sujeito que coloca aquele direito ao "melhor tratamento do sistema de saúde", "com humanidade e respeito" e estruturado a partir do "interesse exclusivo de beneficiar a saúde" do usuário com transtorno mental, inscrito na lei que institui um novo modelo de atenção psiquiátrica no País (BRASIL, 2001) em um horizonte um tanto quanto distante da concretude vivida dia a dia por aqueles que acessam serviços de emergência em crise em saúde mental.

O julgamento: das muitas implicações que a loucura faz emergir

> Esses [usuários de drogas] sim, esses nós da equipe de enfermagem temos bastantes dificuldades de lidar, porque tu vês o vício como algo que a pessoa vai e faz por que quer, tem livre arbítrio, ele escolheu o vício. Até as primeiras idas, até antes da dependência (sic).

Apesar da dupla possibilidade de interpretação da palavra trauma,[15] o modo como é utilizada nas emergências – dissociando uma dimensão física de outra psicológica do evento traumático – aponta para uma escolha cartesiana e geralmente encoberta por juízos morais que facilitam a decisão de priorizarem o atendimento às "feridas expostas", aos riscos mensuráveis e visíveis. Entretanto, o trauma que se produz em cada corpo singular, que é produção subjetiva e, como tal, transcende dicotomias que separam físico de mental, objetivo de subjetivo, quando não marca um corpo a sangue e não expõe em fratura o tamanho de sua dor, parece "não ter emergência": fica invisível e corre o risco de ser vagarosamente silenciado.

[15] Do grego *trauma*, que significa ferida. O termo não especifica uma qualidade específica de dor ou de sofrimento provocado pela ferida, motivo pelo qual as explicações de diferentes dicionários fazem alusão tanto a danos físicos observáveis quanto a traumas psíquicos inconscientes, como é o caso da reconhecida teoria freudiana do trauma. Mesmo na linguagem médica da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) a definição do trauma não se restringe a uma agressão somática: "A terminologia trauma em medicina admite vários significados, todos eles ligados a acontecimentos não previstos e indesejáveis que, de forma mais ou menos violenta, atingem indivíduos neles envolvidos, produzindo-lhes alguma forma de lesão ou dano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATIZADO, 2014). Disponível em: <http://www.sbait.org.br/trauma.php>. Acesso em: 25 nov. 2013.

Nesse sentido, alguns trabalhadores das emergências referem às dificuldades que percebem nos atendimentos a usuários que acessam o serviço necessitando desintoxicação ou tratamento emergencial de fraturas decorrentes de acidentes visivelmente autoimputados. Explicitam o procedimento corriqueiro de "estabilizar e encaminhar", justificados na função precípua do serviço de emergência para a garantia dos sinais vitais e o "restante" para ser atendido em "outros serviços"... Além da nítida concepção fragmentária de um corpo cindido entre físico *versus* psíquico, a qual sustenta este modo de trabalhar, o que essas declarações também revelam, ao negarem o sofrimento psíquico que impulsionou os atos suicidas geradores do trauma, é o grau de sofrimento psíquico possivelmente presente nesses trabalhadores. Sofrimento que se manifesta ao executarem suas tarefas de forma tão dissociada de uma compreensão integral do cuidado e da possibilidade de um resultado efetivo de suas ações cuidadoras, ou seja, ao se tornarem tão alienados de seus processos de trabalho.

Quando uma criança chega à emergência por automutilação ou um adulto adentra a sala com os pulsos cortados e os profissionais entendem que o máximo que podem fazer para *cumprirem sua função*, nestes casos, é limpar e suturar os ferimentos visíveis enviando-os de volta às exatas circunstâncias que possivelmente causaram tal emergência (e não raras vezes causarão novamente e justificarão uma reinternação – uma das variáveis determinantes da hiperlotação das emergências) pode-se supor o montante de investimento de energias e sucessivas frustrações que tais atendimentos acumulam.

Nessa perspectiva, a revisão desse modo de organização do trabalho nas emergências a fim de que as demandas de saúde mental – tanto de usuários quanto de equipes profissionais – pudessem ser efetivamente consideradas como parte indissociável da saúde e inerente aos cuidados mesmo em circunstâncias emergenciais, traria muitos ganhos aos serviços, aos seus usuários e aos trabalhadores. Justamente por incidirem em momentos decisivos da vida de tantas pessoas é que estes serviços poderiam potencializar suas funções estratégicas na rede de cuidados, como aponta, por exemplo, Sterian (2000) ao comentar importância de um socorro preciso ao suicida que consiga chegar até uma emergência:

> Muitas vezes, nós só podemos ter acesso ao paciente no instante de irrupção da crise em diante. As tentativas de suicídio são os eventos que melhor exemplificam este fato. São os de maior incidência entre os atendimentos que se iniciam em hospitais gerais e, depois demandam atenção psicológica. Eles nos lembram, também, que as emergências psíquicas podem implicar o corpo e vice-versa (STERIAN, 2000, p. 13).

Mais uma vez, os trabalhadores entrevistados sinalizam uma direção analisadora que ajuda a avaliar questões que constituem os modos de cuidado nas emergências e a nos determos, como proposto nesta investigação, em pensar alternativas que qualifiquem o acolhimento às crises em saúde mental nas emergências hospitalares. Ao apontar que "*os profissionais sentem medo de cuidar daquilo que desconhecem, fogem do que não foram capacitados a fazer*"(sic) podemos entender melhor por que trabalhadores que realizam procedimentos complexos em tempo mínimo, como se lhes exige na emergência, quando demandados para conversar e escutar do usuário o que se passa com ele, na perspectiva dele – principal interessado, afinal, no resultado do trabalho executado – acabam sentindo-se imobilizados e "*sem capacidade técnica*" para fazê-lo. Este movimento de escuta, às vezes mínima – "*A gente mal dá conta de perguntar prá pessoa que acorda se ela sabe o que tem, onde tá, às vezes aqui, de tanta correria!*" (sic), como refere um trabalhador –, uma escuta aberta, capaz de produzir o ato de cuidado a partir da relação, é uma prática que parece não caber em um espaço no qual todas as ações estão programadas para o manejo resolutivo com o máximo de agilidade, lugar em que as situações limítrofes entre a vida e a morte são avaliadas a partir dos sinais vitais. Um dos entrevistados ratifica essa compreensão vigente nos espaços hospitalares, indicando, sem rodeios, a dificuldade que percebe no acolhimento ao usuário numa situação de crise em saúde mental:

> "Esses [usuários] que são predominantemente psiquiátricos, a equipe da emergência não acolhe. Porque esse tipo de paciente você precisa ter uma estrutura para atendê-los, um espaço diferenciado para escutar eles. A internação psiquiátrica é mais complexa que as outras. As pessoas não têm tolerância para fazer o cuidado. A maioria, quarenta por cento dos usuários de emergência têm transtornos psiquiátricos menores, mas passam despercebidos, pois os clínicos não têm tolerância para isso"(sic).

Tratar-se-ia da necessidade de estruturas diferenciadas? Seria mesmo uma questão de tolerância? Novamente, a saúde mental apresenta-se descolada da saúde como um todo e deslocada aos profissionais "especializados". O que há de tão "intolerável" na escuta do sofrimento psíquico? Poderia alguma "estrutura" garantir a atenção integral? Ou trata-se de (re)pensar a formação dos profissionais em saúde e os modos de cuidar?

Nesse ponto, a já discutida invisibilidade do sofrimento psíquico nos serviços de emergência analisados no presente estudo, vem somar-se outra especificidade desse tipo de atendimento que parece compor os modos de cuidar instituídos nesses espaços, qual seja, uma concepção moral do cuidado.

O julgamento está presente desde a triagem, a qual culmina em uma classificação de risco que mescla a objetividade de protocolos organicistas com um olhar moralizante da situação que se encontra o usuário que chega para atendimento, o que acaba relegando a saúde mental a um segundo plano e fazendo seleções a partir de determinados parâmetros, como:

> [...] a comunhão de preconceitos e valores sociais no descaso ao atendimento de pacientes categorizados como "essencialmente não urgentes" (os alcoólatras, drogados e pacientes psiquiátricos), a presteza maior no atendimento a usuários de classe social e nível cultural mais abastados, a importância da identificação dos que fingem ou estão dizendo a verdade sobre suas urgências e no consenso de que se a dor ou o problema é antigo, quem esperou tanto para acessar o serviço pode esperar mais (NEVES, 2006, p.692).

Não é difícil supor que a este tipo de avaliação moral expressa com a naturalidade de quem quer fazer bem o seu trabalho de "*cuidar de quem realmente quer ser cuidado*" (sic), correspondem práticas clínicas, ofertadas muitas vezes de maneira compulsória por alguns trabalhadores de saúde, que envolvem descasos, incapacidade de escuta ou até negligência para com sujeitos em crise de abstinência ou em estado de torpor. Nesse sentido, subjugar um cidadão que chega à emergência com algum tipo de sofrimento psíquico limite, reduzindo-o a um lugar de pecado, de vergonha pelos seus atos fora dos padrões aceitos socialmente, parece ser efeito de um poder de normalização que, como assinala Foucault (2010), emerge da junção das lógicas médica e judiciária, efetuada pela ativação de categorias elementares da moralidade, de um discurso essencialmente parental-infantilizador, que é o dos cuidadores quando se imbuem do saber absoluto sobre "o que é bom para o outro".

Vale destacar o quanto o cuidado mostra toda sua robustez enquanto instituição! Por mais envolto em discursos altruístas e bem intencionados que ele esteja, por mais críticos e dispostos a mudanças com que nós, ditos cuidadores, nos apresentemos, a disposição a zelar pelo bem alheio, a contribuir com a saúde de outrem, flerta sempre muito de perto com práticas higienistas e totalitárias de controle e de normalização do outro. E é sempre bom lembrar que a instituição da loucura não mobiliza poucas facetas normalizadoras em todos nós. Não é diferente com um grupo de pesquisadores da saúde mental que se dispõe a investigar acerca do cuidado.

Em meio ao processo investigativo, na experimentação de um campo que vem nos possibilitando o contato com os trabalhadores que vivem diuturnamente os limites da vida e da morte, foi evocada, na equipe da pesquisa, uma multiplicidade de inquietações, desassossegos e afetos provocadores, também, de algumas experiências-limite no grupo de pesquisa. Nem poderia ser diferente, afinal, de acordo com Monceau (2008, p. 22), "o trabalho do pesquisador está saturado de subjetividade." A aproximação com o campo de pesquisa exige uma análise constante dos efeitos causados pelas cenas que são vivenciadas e/ou observadas sobre a história dos que exercem a função de pesquisador, bem como do próprio lugar de saber-poder ocupado. Faz-se necessário pôr, de modo permanente, a instituição pesquisa em análise, questionar o que surge como encomenda de investigação, estar atento ao que emerge como demanda no campo, como também indagar as injunções hierárquicas que a condição de pesquisador, inevitavelmente, impõe (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

Tomando como base tais assinalamentos, uma importante questão nos foi colocada, exigindo a análise das implicações dos pesquisadores na própria pesquisa, em muitos e diferentes momentos do processo investigativo. Entre eles, no processo de elaboração do presente artigo, fomos confrontados, por diversas vezes, com a necessidade de destituir o tom acusatório, com o qual descrevíamos algumas posturas e atitudes dos trabalhadores das emergências, no tocante ao acolhimento dos casos de crise em saúde mental. Percebemos que atribuíamos aos trabalhadores a responsabilidade (e por que não dizer a culpa) pelo modo, a nosso ver inadequado, de como o acolhimento vem ocorrendo nas emergências analisadas. Estávamos reproduzindo a atitude de julgamento moral que fôra identificada nos trabalhadores em relação a alguns usuários.

Tal constatação emergiu como importante analisador do modo como estávamos (sobre)implicados com o processo investigativo e com o próprio movimento da Reforma Psiquiátrica. Ao submetermos os trabalhadores ao nosso julgamento moral, presentificamos a nossa sobreimplicação, a nossa dificuldade de análise, tomando como referência apenas um único plano, impedindo que as diversas dimensões interferentes no processo fossem consideradas, que as multiplicidades e as diferentes instituições se fizessem presentes.

Por outro lado, como nos orienta Lourau (2004, p. 84) "é sempre o analisador que dirige a análise" e o analista nunca deve eximir-se de seus efeitos! Nessa direção, à medida que passamos a estranhar tais atitudes, colocamos nossas práticas de saber-poder supostamente produtoras de verdades e os lugares instituídos de pesquisadores que ocupamos em xeque. Passamos a analisar quais outras práticas elas operam e com quais outras elas se agenciam. Ou seja, permitimos passagem às processualidades e às singularidades, demos tons e sons às forças que nos atravessam e nos constituem cotidianamente.

Assim, ao colocarmos em análise nossos pertencimentos institucionais, foi possível considerar, como assinala Passos (2012), que não se trata de classificar trabalhadores como humanos ou desumanos, de identificar quais são os serviços humanizados ou desumanizados. O que percebemos são condições propícias ou não para a experimentação de uma função, qualquer que seja sua zona de circunscrição, seja ela a do acolhimento na emergência de um Hospital Geral, seja ela em uma Unidade Básica de Saúde. No caso, se os sujeitos pareceram-nos "inábeis" para determinada prática de cuidado, isso se passa por conta de uma formatação advinda das formas instituídas que insistem em minguar as forças agenciadoras de novos movimentos. Não se trata de uma questão individual, mas de um problema coletivo que, como tal, também só pode encontrar soluções no plano do coletivo. Com este coletivo de trabalhadores e munidos da compreensão que o analisador "culpabilização dos trabalhadores" nos permitiu ter, é que adentramos uma terceira e última etapa do processo investigativo, ofertando um momento de educação permanente acerca da atenção à crise para os grupos das emergências. Chegaríamos a eles mais "humanos"?

Considerando que esta conversa está longe de um final...

Certamente, a problematização aqui proposta quanto ao atendimento à crise só é possível no contexto atual em virtude dos avanços alcançados pelo movimento de reforma do modelo assistencial em saúde mental. É somente em um contexto de transformação do modelo de assistência, do qual decorrem a desospitalização psiquiátrica, a desinstitucionalização da loucura, o reconhecimento do território e das condições de vida como produtoras de saúde e as iniciativas diversas para integrar pessoas antes excluídas de qualquer direito de cidadania que se torna possível interrogar os modos como se têm efetivado o tratamento oferecido às pessoas em situação de crise em saúde mental. No entanto, é preciso avançar, já que a instituição manicomial ainda impregna os serviços de saúde em seus modos de operar o cuidado. Sobretudo no quesito formação profissional, a qual segue encontrando forte sustentação em uma lógica de especialismos, que só vem reforçar a cultura hospitalocêntrica.

Em nossa cartografia dos modos de acolhimento nas emergências de hospitais gerais vimos que, ainda que estes estabelecimentos não tenham incorporado a contento sua responsabilidade na Raps, é pungente a necessidade de colocar os processos de trabalho em análise para alcançar um patamar de organização que propicie discutir e traçar alternativas aos pontos nevrálgicos ora apresentados.

Vimos que, se as emergências intervêm em momentos decisivos da vida de tantas pessoas, são esses serviços, justamente, que apresentam grande potencial estratégico na rede de cuidados. Isso porque atendem situações-limite de casos que talvez nunca buscassem socorro

não fosse a irrupção repentina de uma crise, a emergência de uma fratura exposta – visível ou não –, o trauma que é de um corpo inteiro, que não é cindido e que fala de uma dor.

Além de rapidez, de efetividade e de estabilidade, atributos obviamente indispensáveis à atenção oferecida nesses locais, precisamos ocupar-nos da produção de um cuidado em saúde que invista na potencialidade da "emergência" como espaço que propicie condições para também fazer emergir encontros intensivos entre usuário e profissional, ainda que fugazes, nos processos de produção de saúde. Ao atendermos às demandas formuladas pelos profissionais que participaram da pesquisa por momentos de escuta das questões que o trabalho na emergência suscitava, constatamos ser profícua a criação de espaços e tempos para circulação da palavra, para a composição de encontros, a fim de produzir tensão na lógica vigente de atendimento emergencial e, com isso, abrir fissuras nos saberes que se pretendem únicos, exclusivos e determinantes do que merece ou não receber cuidado nas emergências.

Vimos que os espaços de conversa e de construção de modos mais coletivos de trabalhar podem incidir tanto na problematização da concepção fragmentária de um corpo cindido entre físico *versus* psíquico, a qual vem sustentando práticas que em muito se distanciam do princípio da integralidade em saúde, quanto na atenção ao sofrimento psíquico apresentado pelos próprios trabalhadores desses serviços. Ao executarem suas tarefas de forma tão dissociada de uma compreensão integral do cuidado e da possibilidade de um resultado efetivo de suas ações cuidadoras, ou seja, ao tornarem-se tão alienados de seus processos de trabalho, os trabalhadores também sinalizam para o próprio sofrimento no trabalho.

Nesse sentido, para enfrentarmos o desafio de qualificação da gestão e da atenção em saúde, precisamos tanto entender quais as lógicas presentes nos serviços de saúde e fazer ver como elas produzem determinados modos de atenção aos usuários, quanto investir em estratégias de formação que operem como ferramentas para a efetivação dos movimentos de mudança desejados. Vimos que a sensação frequentemente manifestada pelos trabalhadores, de que eles não estão habilitados para o acolhimento aos casos de crise em saúde mental, aparece relacionada ao fato de que situações de crise fazem vazar toda a multiplicidade da vida. Isto é, tornam visíveis as forças constituintes da existência e nos interpelam, de modo perturbador, colocando-nos diante da radicalidade de encontros nos quais nos deparamos com as formas instituídas no mesmo instante em que estamos sendo atravessados por fluxos instituintes.

Assim, se por um lado encontramos posturas cristalizadas no ambiente das emergências dos hospitais gerais estudados, reclamando mais especialismos e protocolização de procedimentos, também foi possível vislumbrar a potência disruptiva contida no coletivo de

trabalhadores, que identificaram os momentos de escuta agenciados durante o processo de pesquisa como espaços de cuidado e de produção de saúde para si mesmos. Ao utilizarem os dispositivos ofertados na pesquisa-intervenção para pensarem o próprio sofrimento no trabalho e reivindicarem soluções de continuidade às complexas questões levantadas pela presente investigação, esses trabalhadores falaram, também, de suas emergências como sujeitos que acolhem e demandam acolhida. São feridas que fazem ver e falar dores nem sempre visíveis, crises nem sempre estabilizáveis no tempo acelerado das emergências. À pergunta disparadora da pesquisa acerca dos modos de acolhimento à crise em saúde mental nas emergências hospitalares acrescentou-se a questão com que tantas vezes nos vimos interpelados como pesquisadores da saúde mental: *Quando será a hora da nossa saúde mental ter vez...?* Talvez seja o tempo de falar dos invisíveis e indizíveis que o trabalho nas emergências mobiliza. E ampliar a pergunta inicial para pensarmos o que se quer acolher nos processos de produção de saúde. É a pergunta que permanece ressoando ao final de nossa investigação.

Referências

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 7 dez. 2013.

______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 7 dez. 2013.

______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em: 7 dez. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1451, 10 de março de 1995**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 7 dez. 2013.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERNANDES, F. E.; RAMOS, S. M.; FRUSTOCKL, L.; FRANÇA, L. **Adaptação do Sistema de Triagem da Emergency Severity System**. V. 4, sd.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

______. **O pensamento do exterior**. São Paulo: Princípio, 1990

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Quem somos**. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional> . Acesso em: 7 dez. 2013.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the Individual in public services. New York: Russel Sage Foundation, 2010.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. Tradução Patrícia Jacques Fernandes e Heliana de Barros Conde Rodrigues. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em Tempo Integral. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 66-86.

MACKAWAY, J. K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage**: Manchester Triage Group. 2. ed. Oxford: Blackwell, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINOZZO , F.; COSTA, I. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 438-450, set. 2013.

MONCEAU, G. Implicação, sobre implicação e implicação profissional. **Fractal**: Revista de Psicologia, v. 20, n. 1, p. 19-26., jan/jun. 2008.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-168, 2010,

NEVES, C. A. B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar. 2006.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010.

PASSOS, E. Nós na Rede e o exercício do apoio. In: ENCONTRO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO: a função-apoio e as Redes de Atenção à saúde, 2., 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Faculdade de Economia da UFRGS, 2012.

RIBEIRO, Y. C. N. M. B.; CASTRO, R. L. V. Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos HumanizaSUS, v. 3).

STERIAN, A. **Emergências psiquiátricas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Desafios da Rede de Atenção Psicossocial: Problematização de uma Experiência Acerca da Implantação de Novos Dispositivos de Álcool e Outras Drogas na Rede de Saúde Mental da Cidade de Vitória/ES[1]

Anselmo Clemente[2]

Maria Cristina Campello Lavrador[3]

Andrea Campos Romanholi[4]

[1] O artigo é resultado de pesquisa desenvolvida no Programa de Mestrado em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo e foi publicado originalmente na Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 3, n. 1, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2147> .

[2] Psicólogo, mestrando do Programa de Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e psicólogo membro da Área Técnica de Saúde Mental da Secretária Municipal de Saúde de Vitória/ES. Atua na área de saúde mental; direitos humanos; atenção primária à saúde; saúde pública e saúde coletiva. *E-mail*: <anselmo_clemente@hotmail.com>.

[3] Professora adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Atua na área de Saúde com ênfase em Políticas de Saúde Mental: modos de subjetivação na contemporaneidade, Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização da Loucura e Atenção Psicossocial. *E-mail*: <cristinacampello@uol.com.br>.

[4] Psicóloga mestre em Psicologia Social pelo Programa de Psicologia Social da Universidade Federal do Espírito Santo e professora da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Atua na área de saúde mental, álcool e outras drogas; Reforma Psiquiátrica; Atenção Primária em Saúde; Organização e Gestão de Redes de Atenção. *E-mail*: <andrearomanholi@superig.com.br>.

Resumo

O presente artigo apresenta a experiência de implantação de novos dispositivos ligados à Rede de Atenção Psicossocial (Raps), voltados principalmente ao usuário de drogas na cidade de Vitória/ES. A partir do paradigma de Reforma Psiquiátrica brasileira, reconhece-se que, nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque. O Ministério da Saúde passou a financiar por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), projetos tais como de Consultórios Móveis de Rua, Casas de Acolhimento Transitório, o que propiciou o surgimento de experiências de diversificação de dispositivos assistenciais para além dos Caps ad. Tais mudanças resultam de uma disputa pelo modelo de atenção em saúde mental no País, em que está em jogo afirmar práticas a favor da vida, em que o outro, moribundo ou não, seja acolhido em suas dores visíveis e invisíveis.

Palavras-chave:

Reforma Psiquiátrica. Raps. Políticas de Saúde Mental. Atenção em álcool. Drogas.

Introdução

O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência acerca da implantação de novos dispositivos ligados a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), relativas ao campo da Saúde Mental, álcool e outras drogas, voltadas principalmente ao usuário de drogas na cidade de Vitória/ES. Para tanto se pretende atualizar as reconfigurações da rede local de saúde mental e apontar os desafios em se ampliar essa rede substitutiva de cuidados.

Historicamente, a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira deu-se muito em função da desconstrução dos manicômios como lugar privilegiado de tratamento da loucura e paulatina reversão desse lugar a partir da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, com a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), propõem inclusive que os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) sejam os ordenadores dessa rede na construção do cuidado, aqui colocada em oposição ao tratamento dispensado no interior das instituições asilares. O modo de atenção psicossocial é a forma de cuidado preconizado por esses novos serviços e busca evidenciar o sujeito e desconstruir o lugar da doença/loucura cunhado secularmente a partir da intervenção do saber psiquiátrico, entre outros. Para tanto, o cuidado deve ser ofertado por meio de estratégias de Acolhimento (BRASIL, 2010b) e de Clínica Ampliada (BRASIL, 2009) gerando Projetos Terapêuticos Singulares (BRASIL, 2010b) compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores.

Sendo assim, as ações em saúde mental devem acontecer em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, da educação, do trabalho, da assistência social etc. Na última década, com o avanço das Políticas de Saúde Mental, ampliou-se a oferta de serviços substitutivos, com a criação/institucionalização de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps i), Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Caps ad), Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (Caps III), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral etc.

Contudo, nota-se que nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo e nocivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque nas políticas públicas, no que se refere ao reconhecimento da questão do uso de drogas como sendo responsabilidade do campo da Saúde, em um suposto detrimento de setores da justiça e da segurança. Dizemos suposto detrimento porque a justiça e a segurança estão sempre presentes para garantir uma suposta ordem, um suposto bem comum que não é comum a todos.

Notamos que, mesmo após algumas conquistas, com a aprovação da Lei nº 10.216, de de 6 de abril de /2001, a prática de cuidados aos usuários de drogas não ocupava o discurso de seu texto. Logo após, em 2002, a Portaria nº 336, ao caracterizar as diferentes modalidades

de Centros de Atenção Psicossocial, inclui os Caps ad como um dos serviços centrais na organização da nova rede substitutiva de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Contudo, somente em 2003, por intermédio da *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, é que o Ministério da Saúde assume de forma mais veemente a "necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS", reafirmando "que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública" (BRASIL, 2006). Essa política se alinha, assim, com o projeto de Reforma Psiquiátrica no que se refere ao reconhecimento da necessidade da reversão de modelos assistências e o direito à saúde:

> A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas (BRASIL, 2006, p. 5).

E aproxima ainda mais, a estratégia de Redução de Danos ao campo da Saúde Mental, pois "reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida" (BRASIL, 2006, p. 10).

Em documento recente elaborado pelo Ministério da Saúde sobre os Consultórios Móveis de Rua, fica clara a importância do avanço nesta área:

> O cenário epidemiológico atual do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato ou pó, *crack*, merla e pasta base) e inalantes, e as graves consequências sanitárias e sociais para os usuários e a comunidade, têm convocado diferentes setores do governo e da sociedade civil para a criação de estratégias e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2010a, p. 4).

Nesse cenário apontado, algumas iniciativas do governo federal merecem destaque: o lançamento, em 2009, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Pead) no Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009; e o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (Piec), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

Baseado no Pead e no Piec, o Ministério da Saúde passou a financiar, por meio do SUS, Projetos de Consultórios na Rua, Casas de Acolhimento Transitório (CAT), Escolas de Redutores de Danos, o que propiciou o surgimento de experiências de diversificação e expansão de dispositivos assistenciais para os usuários de álcool e drogas, para além da instalação dos Caps ad. Esses dispositivos, de certa forma já estavam sendo implantados pelo País de maneira desigual, seja por resultados de projetos piloto localizados (a exemplo do Consultório de Rua de Salvador/BA), seja pelo esforço de outras políticas que também incidem sobre esse campo problemático de atenção aos usuários de drogas. Nota-se aqui, que o Pead e o Piec, também financiavam leitos em Comunidades Terapêuticas, na contramão dos movimentos sociais e de toda uma história da luta antimanicomial no Brasil.

Em comemoração ao dia 7 de setembro de 2011, a primeira presidente do Brasil, em seu pronunciamento oficial, destacou nosso país como privilegiado diante das mudanças políticas, às sociais e à crise econômica vivida em grande parte do mundo desenvolvido. A presidente sugere que, para que continuemos em crescimento econômico e de mercado, avancemos também na melhoria da qualidade e do acesso dos serviços públicos, principalmente nas áreas de educação, de saúde e de segurança. Ao destacar o setor Saúde, apesar de considerar os avanços que o SUS trouxe para o País, pondera que ainda teríamos sérios problemas a resolver. Um ponto vital desses problemas uniria a questão da saúde com a segurança: o combate às drogas e, em especial, ao *crack*. Anuncia o lançamento de uma grande rede em "saúde mental, *crack*, álcool e outras drogas", composta por unidades de acolhimento, utilização de leitos em comunidades terapêuticas, enfermarias especializadas e consultórios de rua. Essa rede garantiria alternativas de atenção e de cuidado. Nota-se neste discurso a ausência dos Caps como dispositivos constitutivos dessa rede, e apresentam-se as Comunidades Terapêuticas como mais um elemento da atenção.

Atentos a esse movimento, em carta aberta enviada à presidência em julho também de 2011, as diversas entidades do movimento da Luta Antimanicomial, no intuito de reiterarem seu compromisso com a Reforma Psiquiátrica, posicionaram-se em relação a recente Política de Álcool e Drogas do governo federal e destacaram que os usuários de drogas são "os novos sujeitos do perigo social, ameaçados, como os loucos o foram antes, pelas propostas de segregação e exclusão" (Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica, 2011). O mesmo documento ainda adverte, ao posicionar-se sobre modos antagônicos de cuidado presentes nesse campo, que a "Reforma Psiquiátrica não tem como sustentar ética, mas também financeiramente, dois modelos. Serviços que convidam ao exercício da liberdade não convivem com outros que negam este mesmo direito, os primeiros trabalham para substituir os segundos, esta é a proposta e a lógica (CARTA DAS ENTIDADES DE DEFESA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, 2011).

Ainda em 2011, com o avanço na incorporação de projetos voltados para o cuidado de usuários de álcool e drogas à Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde institui a Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011, que estabelece a "Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde". Nota-se que a proposição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) alinha-se a Lei nº 10.216 ao atualizar a proposta de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Contudo, destaca-se também sua ampliação basicamente com pontos de atenção mais ligados à temática de álcool e drogas em relação às temáticas da "loucura".

O cuidado em saúde mental preconizado por uma Rede Atenção Psicossocial voltada para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes de álcool e drogas, que incluem os novos dispositivos citados até aqui, caracteriza-se num primeiro momento por uma tentativa de que estes dispositivos se instalem de acordo com a legislação vigente em saúde mental no País. A caracterização desses dispositivos passará também pela capacidade das redes locais de saúde expandirem efetivamente sua capacidade de cuidado nesse sentido e de produzirem Projetos Terapêuticos Singulares potentes, com seus usuários, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Tecendo Redes de Atenção Psicossocial no cuidado em saúde mental, álcool e drogas

As políticas públicas sobre álcool e outras drogas configuram como cenário vivo aquilo que hoje está instituído e colocado como certo grau de conquista, e que, há poucas décadas, eram fonte instituinte de mudanças no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Este cenário se movimenta e dialoga com os atores que estão em cena e, ao narrá-lo, de alguma forma também atualizamos os debates passados, lembrando que o modo de atenção psicossocial acontece na vida cotidiana dos serviços de saúde mental, no trabalho vivo diário de seus profissionais, usuários e familiares que produzem saúde.

Fundamentalmente, nesse momento, é importante relatar como essa legislação vigente em saúde mental vem tecendo redes no município de Vitória, não só a partir de suas estruturas hierarquizadas e estratificadas, mas também em seu modo de relação, tensionamentos, contradições e dramas cotidianos. A seguir descreveremos o que foi instituído até então e quais processos instituintes estão em curso.

Importa também narrar essa rede, do ponto de vista de sua configuração de serviços: o atual Programa de Saúde Mental apresenta-se por seus equipamentos configurados e articulados, sua composição até o fim de 2011 era de um Caps II (Caps Ilha de Santa Maria); um Caps ad (conhecido como Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos – CPTT); e um Caps i voltado para as questões de saúde mental na infância e na adolescência. No

município de Vitória os três Caps são responsáveis pelo apoio matricial às 28 unidades de saúde, ação realizada de modo compartilhado com a área técnica de saúde mental.

É diretriz da saúde mental no município que as unidades acolham todas as pessoas que necessitam de atenção em saúde mental de seu território, exercendo o cuidado quando possível e compartilhando-o com os Caps nos casos mais complexos. Praticamente todas as unidades são compostas por equipes mínimas de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, agentes comunitários de saúde) e equipe ampliada (psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos esportivos, pediatras, fonoaudiólogos). Essas equipes de referência (BRASIL, 2004), compostas dessa forma, procuram efetuar cuidados em saúde inclusive para as questões de saúde mental. Mais que uma formatação burocrática, a intenção dessa lógica é que as equipes das unidades conheçam e tornem-se referência para usuários e familiares. Além disso, ter as unidades de saúde como referência no cuidado aos usuários da saúde mental, álcool e outras drogas, possibilita a circulação destes usuários pelos serviços da rede de saúde em geral e pelo território, e não só pelos serviços de saúde mental, o que contribui não só com sua autonomia e inserção, como também com a produção de mudanças na cultura.

Como um dos avanços da rede, desde dezembro de 2011, dois dos três Caps descritos anteriormente – a saber, o Caps da Ilha de Santa Maria e o Caps ad/CPTT – passaram a funcionar na modalidade de Caps III, ou seja, com funcionamento 24 horas e ampliação na atenção a partir do dispositivo de acolhida noturna. O Caps ad III/CPTT conta com oito leitos disponíveis para acolhida do usuário que apresente indicação de acolhida noturna em seu projeto terapêutico singular, e o antigo Caps Ilha de Santa Maria, agora Caps III, conta com cinco leitos para esse fim. Tratando-se dos primeiros Caps III do estado, os técnicos desses dois serviços estão agitados, esperançosos e preocupados. Fonte dessa preocupação: a equipe sabe que "bancar" uma acolhida noturna requer que se esteja muito bem articulado com os fluxos de atenção à urgência e à emergência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) –, retaguarda em prontos-socorros e leitos em hospitais gerais, sendo que essa retaguarda é um dos grandes nós históricos locais, uma vez que esse nível de atenção não se encontra organizado no município, ainda apenas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Tal situação põe em "xeque" a proposta da atenção integral que deve ser oferecida e facilitada com os Caps III, produzindo tensionamentos na rede de cuidados. As tramas se acirram e as equipes tendem a se tornarem pouco permeáveis aos fluxos e aos movimentos de cada situação singular.

A rede de saúde mental de Vitória enfrenta este momento lidando com a oferta de cuidado intensivo nos Caps III, que recebem toda uma pressão ao acolher e cuidar de usuários em crise sem ter o respaldo de serviços de urgência que se fazem necessários nos momentos em que quadros críticos se apresentam.

Para alcançar o ponto de parceria que hoje temos entre as unidades de saúde e os Caps, o processo de apoio matricial em Saúde Mental à Atenção Básica mostrou-se essencial. Este matriciamento teve início em meados de 2006, a partir da própria discussão realizada com os profissionais da rede sobre a importância do cuidado e da atenção continuada em saúde mental em todos os dispositivos do município.

Inicialmente, foram implantadas equipes regionais de saúde mental que assumiram a função de matriciamento das Unidades Básicas. Cabe destacar que, além de não termos conseguido implantar as equipes em todas as regiões, também não foi possível realizar a composição planejada delas, pois não tínhamos os profissionais previstos. De todo modo, tais dificuldades não impediram que o processo tivesse início, tendo havido um constante trabalho de análise dele e de adequações à medida que o caminhar nos mostrava a necessidade de mudanças. Assim, nas regiões em que não foram implantadas as equipes regionais, as equipes passaram a contar com o apoio matricial a partir dos Caps que nesse momento começaram a atuar diretamente com os territórios em todo o município.

Em todas as regiões e serviços, a equipe da área técnica de saúde mental também estava envolvida, apoiando as ações e as equipes. Foram organizadas reuniões regionais mensais, coordenadas pela área técnica e com participação aberta a qualquer profissional que atuasse em saúde mental, ficando ao encargo de cada um se identificar e aderir ao convite para participar das reuniões. Também existiam as reuniões gerais de saúde mental que reuniam profissionais e gestores de todos os serviços, a partir de sua adesão. Essas reuniões se constituíram em espaços coletivos para discussão, acompanhamento e supervisão de casos, e construção conjunta de projetos terapêuticos, estratégias de cuidado e de atuação no território. Diversas ações foram pactuadas nesses espaços e podemos destacar as intervenções conjuntas com as famílias e as comunidades, as visitas domiciliares e os atendimentos compartilhados em casos de maior complexidade, além de orientação e de supervisão da medicação de manutenção pelos médicos de família. As reuniões também se constituíram como importante espaço de educação permanente e de discussão de conhecimentos técnicos em assuntos específicos, visando à incorporação destes para lidar com casos de saúde mental. Por fim, tais reuniões também configuravam espaços de encontros entre os profissionais, permitindo o contato direto e pessoal, o relato das angústias e das alegrias vividas no trabalho e o compartilhamento de algumas experiências e situações inusitadas, inovadoras e exitosas, o que realimentava a todos diante das dificuldades e tensões próprias da atenção em saúde mental.

Houve grande envolvimento da maioria das equipes das unidades de saúde, porém devemos reconhecer que o processo teve desenvolvimento desigual nas diferentes regiões e serviços, havendo algumas unidades bastante avançadas e outras em que o processo ainda é incipiente. Contudo, atualmente, estima-se que cada unidade de saúde faça o

acompanhamento de 350 a 400 pessoas. Além disso, um importante indicador observado foi à redução das internações psiquiátricas de moradores de Vitória ocorrida a partir do início do trabalho mais efetivo com o território e a atenção básica.

Em 2010, após avaliação dos resultados, dos processos, das possibilidades e das dificuldades de sustentação deste funcionamento, principalmente contingências relacionadas à dificuldade de manutenção das equipes, estas equipes matriciais foram incorporadas aos Caps, ficando destinado apenas a esses serviços o papel de matriciador da Rede Básica de Saúde, com o apoio da Área Técnica de Saúde Mental. Esta mudança gerou resistências e frustrações, mas também levou a avanços na ampliação da integração dos Caps com os demais serviços da rede, possibilitando sua efetiva inserção territorial.

Expansão da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas em Vitória

Na cidade de Vitória/ES, a Secretaria Municipal de Saúde (Semus) aprovou desde 2010, por meio de chamadas de financiamento baseados no Pead/Piec, projetos como Consultório Móvel de Rua, Escolas de Redução de Danos, Casas de Acolhimento Transitório e contratação de leitos em comunidades terapêuticas pelo SUS. Apesar dos projetos ainda guardarem o ideário da Reforma Psiquiátrica e posicionarem o Caps ad, a partir do paradigma da Redução de Danos, como o ordenador desse cuidado, o tratamento desse usuário na rede ainda é frágil e tem apresentado novos desafios para a Política de Saúde Mental. Assim, vemos emergir com cada vez mais nitidez um novo sujeito/usuário desses serviços, distante das experiências de loucura vividas nos hospícios.

Em relação à Política de Álcool e outras Drogas, o município vem trabalhando dentro da lógica de Redução de Danos e articulando parcerias intersetoriais diversas com outras secretarias do município, além de outros órgãos públicos, filantrópicos, ONGs etc. O Caps ad/CPTT coordena e participa do Fórum Permanente Metropolitano de Atenção ao Uso de Drogas, fórum que se reúne mensalmente com representações diversas dos municípios da região metropolitana de Vitória, especialmente diretores de Caps ad e coordenações municipais e estaduais de saúde mental, álcool e drogas.

Outro espaço importante na cidade é a “Rodada para implementação e fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes usuários de Drogas de Vitória”. A “Rodada,” como seus participantes se referem, é um espaço caracterizado como um fórum permanente de discussão e de articulação intersetorial específico para as questões de qualificação e de ampliação da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes Usuárias de Álcool e Outras Drogas no município. Participam representantes e técnicos das secretarias de Educação, Saúde, Cidadania e Direitos Humanos, Assistente Social, Cultura, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Ministério Público.

Desde 2009, tem-se uma parceria e uma articulação com o governo estadual, quando foram abertos oito leitos no hospital geral para internação de crianças e de adolescentes em situações graves ligadas ao uso de álcool e outras drogas. Em 2012, a "Rodada" propiciou uma nova conquista, a saber a abertura de mais oito leitos, ampliando a capacidade de acolhimento, de tratamento e de vida para estas crianças e adolescentes. Esses são os únicos recursos de atenção hospitalar voltados para esta faixa etária no estado, destinando-se à desintoxicação de crianças e de adolescentes.

O Caps ad III do município tem trabalhado com a atenção em todas as faixas etárias, sendo o trabalho com adultos atualmente 24 horas, dependendo do Projeto Terapêutico Singular do usuário, e com crianças e adolescentes de 16 as 20 horas. Tal situação se estabeleceu em função de articulações com a Secretaria de Assistência Social, nas quais ficou clara a necessidade de criação de ações para infância e adolescência, principalmente daqueles que viviam/vivem em situação de rua. A partir deste trabalho, a equipe de atenção às crianças e aos adolescentes também iniciou atuação volante nos territórios da cidade em que o uso de drogas na rua se fazia mais intenso, iniciando, desde 2009, mesmo sem financiamento do Ministério da Saúde, uma atuação em uma lógica de "Consultório de Rua". Até o final de 2012, deve-se ampliar a atenção às crianças e aos adolescentes usuários de álcool e drogas ou com outras questões geradores de vulnerabilidade com a inauguração do Caps ad no bairro São Pedro, voltado para essa faixa etária.

O município já tem desenvolvido, desde 2006, ações de redução de danos por meio de convênio com a Associação Capixaba de Redução de Danos (Acard), a partir do qual são desenvolvidas ações de campo com os usuários. Os recursos deste convênio são oriundos do Programa de Atenção às DST/Aids, todavia as ações são desenvolvidas em uma parceria que agrega a Área Técnica de Saúde Mental, o Caps ad/CPTT, a área de DST/Aids e a Acard.

Hoje, uma das questões mais relevantes a serem trabalhadas para fortalecimento da rede oferecida é a construção de uma atenção efetiva por parte da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) no que se refere à urgência (Samu e PS) e aos leitos de retaguarda, pois este fato torna vulnerável a rede de saúde mental no acompanhamento e na garantia do cuidado nos momentos agudos. No cotidiano dos serviços de saúde, as equipes locais muitas vezes acompanham situações de crise de difícil manejo, e sentem-se de "mãos atadas" quando precisam construir uma breve internação hospitalar aos casos.

Consultório Móvel na Rua

O mapeamento realizado no período de setembro/2009 a fevereiro/2010 pela equipe do Caps ad/CPTT aponta a existência, em diferentes regiões da cidade, de pelo menos cinco locais de concentração de usuários de drogas, com presença total de 140 pessoas de faixas etárias variadas, existindo muitos adolescentes e jovens. Nesta atuação incipiente nas ruas

foram encontradas situações como adolescentes usuárias de drogas grávidas, cerca de seis pessoas com tuberculose (algumas tendo iniciado tratamento e outras já tendo iniciado e abandonado), dois casos de usuários com sífilis, entre outras.

A equipe vem utilizando um carro da cooperativa conveniada com a prefeitura, não contando com veículo próprio, o que dificulta as ações, pois não é possível adequá-lo para guarda de material ou mesmo fazer a identificação do veículo. A equipe considera essa identificação necessária para facilitar o contato nas áreas de uso de drogas, pois evitaria a sobreposição com outras ações que nem sempre são bem-vindas pelos usuários.

As equipes de abordagem de rua da Secretaria de Assistência Social relatam haver cerca de 500 pessoas vivendo em situação de rua ou já morando na rua, sendo um terço de crianças e de adolescentes. Além disso, descrevem uma mudança do perfil na população de rua, com maior presença de pessoas de classe social não tão baixa e aumento da presença de crianças e adolescentes na rua.

Ao realizar um breve resgate histórico do processo de implantação do Consultório de Rua na rede de saúde de Vitória, observa-se que este vem acontecendo de forma gradativa, sendo que desde 2009, o Caps ad/CPTT iniciou um trabalho de mapeamento semanal dos locais de concentração de uso de drogas na cidade e de abordagem e acolhimento dos usuários nestas regiões. A partir de 2010, dentro do Pead, nossa rede local de saúde foi contemplada com recursos para financiamento do Consultório de Rua, o que permitiu que o projeto fosse ampliado com a contratação de três agentes de redução de danos. Atualmente, ainda contamos com parte destes recursos em execução e verificamos que o projeto vem conseguindo atingir seus objetivos. Porém, também vem se deparando com grandes desafios como a construção de um fluxo de atenção, o acolhimento diferenciado nas diferentes unidades de saúde e o manejo intersetorial dos casos.

O projeto teria potencial para oferecer atendimento à população de rua por oito horas diárias, preferencialmente nos períodos vespertino e noturno. Porém, devido a atual restrição de recursos humanos, o funcionamento neste momento se restringe a um só turno, no horário vespertino, que não seria o mais adequado para centrar as ações na rua, uma vez que o movimento nas ruas é predominantemente noturno. Por outro lado, é no horário da tarde que a equipe pode realizar as articulações com a rede local de saúde e com os demais parceiros intersetoriais, atividade fundamental para garantir a integralidade da atenção. Isso impede a transferência do projeto para o período noturno. Em resumo, se o projeto atuar por quatro horas diárias à noite, não realizara durante o dia as articulações com a rede. Se permanecer atuando durante à tarde, não atende o principal público que realiza uso de drogas pelas ruas da cidade. Essa contradição no projeto, vinha produzindo mal-estar tanto entre os membros da equipe que se veem

com baixa resolutividade nas ações tanto com a população-alvo do projeto que estão se organizando por meio do Movimento Nacional de População de Rua e cobrando da administração pública da cidade ações mais efetivas por parte de diversas políticas sociais para esse segmento, inclusive da saúde.

Em janeiro de 2012, o Mistério da Saúde publica a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização, de financiamento e de funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR). Como principal novidade está a garantia de financiamento permanente desses dispositivos e a localização das eCR na Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica. Sendo assim, o atual projeto de Consultório de Rua de Vitória passara cada vez mais a estar vinculado, em termos de logística, às Unidades Básicas de Saúde em detrimento do Caps ad, mesmo que do ponto de vista do cuidado essas duas dimensões de atenção permaneçam extremamente interligadas. Essa mudança de nível de atenção também possibilitará uma ampliação da integralidade do cuidado dessa população em relação aos seus principais agravos de saúde. No manejo clínico do projeto, a fim de realizar essa transição, já estão incluídas, como apoio a equipe, as Área Técnicas de Saúde Mental, DST/AIDS, Saúde do Adulto, Atenção Básica e representação da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Com essas mudanças, atualmente o projeto de equipe de Consultório na Rua de Vitória vem acontecendo em uma das Unidades de Saúde da Família e recebe novos profissionais de acordo com a portaria vigente, o que significa que passará a ser composta por um psicólogo, um enfermeiro, dois auxiliares de Enfermagem e um técnico de Saúde Bucal, todos profissionais com carga horária de 40 horas semanais, e selecionados de acordo com a demanda dessa população. Retomam-se assim os desafios desse dispositivo, tais como integrar-se a todas as unidades de saúde da cidade que tem grande população de rua em seu território, garantir o princípio da integralidade em suas ações, manter forte intersetorialidade com a rede socioassistencial e ocupar lugar estratégico na relação com os Caps ad da cidade e a Casa de Acolhimento Transitório Infantojuvenil.

Casa de Acolhimento Transitório Infantojuvenil (CATij)

Outro dispositivo que já está sendo implantado na rede local de Saúde Mental é a Casa de Acolhimento Transitório Infantojuvenil (CATij), também financiada ainda pelo Pead.

> A proposta das Casas de Acolhimento Transitório implica a implantação de dispositivos que permitam abrigamento temporário, acolhimento e proteção social, em espaços da saúde, no contexto de um Projeto Terapêutico Individualizado desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial, em articulação com a atenção básica e com dispositivos

> intersetoriais (saúde, assistência social, direitos humanos, justiça, educação, e outros) (BRASIL, 2010b, p. 1).

A CATij está em funcionamento desde agosto de 2012 e oferta dez vagas de acolhimento para crianças e adolescentes. Os usuários que estão no espaço são muito conhecidos da rede local, já manejados de modo intersetorial pelo Caps ad III/CPTT da cidade, Creas, Hospital dos Ferroviários (Referência de Leito Hospitalar) e também pelo próprio Consultório na Rua. No momento, com a expectativa de abertura do segundo Caps ad, que será exclusivo para as crianças e os adolescentes, a CATij será uma extensão desse novo serviço, permitindo a oferta efetiva do cuidado integral e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que busquem a construção conjunta de projetos de vida e de novos modos de inserção social. A equipe do Caps São Pedro encontra-se em fase final de contratação e os profissionais já estão se familiarizando com os usuários e a rotina da CATij.

Atualmente, a CATij vem estruturando seu projeto terapêutico e acompanhando os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) "dos meninos", como a equipe se refere. Temos trabalhado por meio de supervisão clínica institucional a importância dessa nova rede de serviços (Caps São Pedro, Consultório na Rua e CATij) funcionar de forma intimamente articulada entre si para potencializar o cuidado. Este é um importante passo, pois antes desses serviços se configurarem, a rede intersetorial de atenção a estes usuários esbarrava em fragilidades estruturais e os casos acabavam muitas vezes atropelados por processos de judicialização de vagas de internação psiquiátrica por ausência de outras opções. "É como se a CAT representasse outra opção à internação nas comunidades terapêuticas", reflete um dos seus técnicos.

Discussão

Ao nos debruçar sobre o avanço da rede municipal de Saúde Mental de Vitória não podemos nos esquecer de que estamos falando de práticas em curso dentro de um contexto de mudanças, tensões e contradições atuais na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Tais mudanças nesse cenário resultam de um confronto ora velado, ora rasgado, em torno de interesses maiores, ou seja, trata-se de uma disputa pelo modelo de atenção em saúde mental no País. Uma disputa em que está em jogo afirmar práticas a favor da vida, em que o outro, moribundo ou não, seja respeitado, acolhido em suas dores visíveis e invisíveis sem pré-julgamentos, sem discriminações de qualquer tipo, sem descaso pela vida do outro, um anônimo que poderia ser qualquer um de nós.

O que temos assistido neste cenário midiático? Uma demonização do crack e de seus usuários. Melhor dizendo, fazem do crack o "mal" e dos usuários de crack, principalmente aqueles que vivem e/ou circulam pelas ruas, as frágeis e perdidas vítimas do mal/crack. Apresentados como vítimas, "doentes" ou zumbis, estes sujeitos são anulados em sua

subjetividade e em todas suas possibilidades de existência caso não venham a ser "salvos" pelas práticas salvacionistas e supostamente humanas e bem intencionadas dos guardiões da ordem pública ou das práticas supostamente competentes e especializadas de um fútil cientificismo que autoriza práticas de desmando, de desrespeito com o outro, com a vida, como foi o caso da chamada "operação cracolândia", em São Paulo.

> A operação cracolândia e o debate que a acompanha na imprensa ilustram as dificuldades do poder na modernidade. Num dos seus melhores seminários (o de 1975, "Os Anormais", Martins Fontes), Foucault mostra que esse poder oscila entre dois modelos: o da lepra e o da peste. Os diferentes e infratores podem ser retirados da circulação, fechados na prisão, na colônia agrícola, no antigo asilo. Esse é o modelo adotado para a lepra; ele segrega no lazareto. Mas, às vezes, os diferentes e infratores, muito numerosos, espalham-se pelo tecido social de forma que sua segregação seria improvável. É o que acontecia no caso da peste. Os contaminados, então, não eram fechados em lazaretos afastados, mas a cidade era dividida em quadras, que eram vigiadas por, digamos, agentes sanitários: os doentes eram proibidos de deixar seu domicílio, e o governo administrava a vida (e a morte) deles dentro de suas próprias casas (CALLIGARIS, 2012).

Nos novos serviços da Raps, voltados ao cuidado a usuários de álcool e outras drogas, encontramos experiências que ora avançam em direção a um modelo, ora retrocedem para o outro. Vemos que o foco das últimas políticas tem sido exatamente os usuários de álcool e outras drogas que estão em situação de rua, sendo muitos dos novos dispositivos voltados para estes usuários, em especial.

Avaliamos que sua nova configuração, a rede de saúde mental de Vitória – agora com o Caps ad III, o Consultório na Rua e as Casas de Acolhimento Transitório – pode proporcionar um cuidado que acompanhe e respeite os modos de circulação dos sujeitos pelas ruas, sua história e sua forma de construir sua vida e de habitar a cidade, sem levar a uma formatação ou territorialização padrão destes sujeitos. Porém, esta mesma rede também pode vir a ser uma rede de captação de sujeitos voltada para a formatação de sua subjetividade em modelos padrão, serializados e despotencializados, assujeitados à sua suposta condição de zumbis a serem recuperados.

A utilização desta nova rede que permite abordar, acolher, conhecer e oferecer abrigo aos sujeitos que circulam pela cidade e que têm nas drogas uma das formas de alívio de sua dor, só será potente e antagônica às malhas do estado de dominação[5] se os serviços/

[5] Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, [...] um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último [alguma] possibilidade (Foucault, 2004, p. 277). [...] ... é preciso distinguir as relações de poder como jogos estratégicos entre liberdades [...] e os estados de dominação, que são o que geralmente se chama de poder (Foucault, 2004, p. 285). Mas será que foi um jogo de poder aberto, será que se jogava com um mínimo possível de dominação? (Foucault, 2004, p. 284). Nos estados de dominação as práticas de liberdade são um fio excessivamente reduzido e situado em um único lado".

dispositivos e as equipes conseguirem lidar com a desterritorialização[6] inerente a estes modos de viver e habitar a cidade.

O "morador de rua" das cracolândias, nas grandes cidades, lembra-nos o movimento esquizo dos nômades que invadiam o coração do Império Chinês, descrito por Pelbart, ocupando um lugar, ao mesmo tempo em que o desmancha, em um movimento de ausência e de presença simultâneas, "sempre dentro e fora, da família, da cidade, da cultura, da linguagem" (PELBART, 2001, p. 1).

Este convite que Pelbart nos faz de circular neste interstício dentro e fora demandarão das equipes uma grande capacidade de circular livremente, acompanhando de certo modo os movimentos da cidade e de seus habitantes "marginais". A mesma capacidade de lidar com a desterritorialização presente nestes, e que parece ser parte de sua potência, será exigida também de quem cuida, de forma a se construir novos modos de cuidar. Além disso, será demandado ainda dessas equipes a capacidade de lidar com as pressões de produção de serialidade que em geral é o que se espera dos equipamentos da saúde pública.

Nesse sentido, destacamos a importância que passa a ter nessas práticas em construção a capacidade de lidar com as forças que incidem na produção de subjetividade, principalmente aquelas mais ligadas a vivências cotidianas que, em geral, negligenciamos como se fossem um fundo difuso sobre o qual circulamos impunes. A própria relação com a cidade ganha peso e passa a ser importante lembrar que "A cidade nos habita. As subjetividades são produzidas em relação, na concretude de suas ruas e edificações, nas subjetivações tecidas nos encontros" (NOGUEIRA; SILVA, 2008,).

Nessa perspectiva, a cidade não é apenas o palco para o encontro de seus viventes. Os lugares e os cotidianos adquirem grande importância, pois não é apenas o tempo que se passa sobre seus cidadãos que produz subjetividade, mas muito mais a experiência e o espaço praticado por eles. Os lugares da cidade podem trazer para o cotidiano, por meio do espaço, dos territórios e dos modos de subjetivação. Em alguns espaços da cidade se enunciam por intermédio de "poros" do tecido social por onde, de certa forma, se respira e se engendra novos modos de viver. Por outros, aglutinam-se produções de identidade serializadas.

Há lugares também, que se potencializam em certas horas do dia e não tem geografia definida, a não ser pela potência que se mobiliza. Funcionam como dispositivo ativo do tecido social. Podem ser histórico e espacialmente construídos e possibilitam a alteridade e a diferenciação de forças. Ao caminhar pelas ruas de uma cidade, o encontro com a rua pode engendrar subjetividades que, de certa forma, desviam-se e ligam-se a outros processos de produção de si e do espaço, a linhas de fuga. Contudo, é possível também que o encontro com a rua produza serialidades, cristalize-se na relação com espaço, capturando-se assim

[6] Félix e eu construímos um conceito de que gosto muito, o de desterritorialização. [...] precisamos, às vezes, inventar uma palavra bárbara para dar conta de uma noção com pretensão nova. A noção com pretensão nova é que não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte (DELEUZE, 1994).

formas segmentarizadas que fixa identidades. As ruas, as praças, os parques, as edificações e outros espaços de circulação guardam essa potência e contradição de modos produção de subjetividades. A cidade é o lugar dos encontros.

> A cidade é o lugar fabricado para o encontro, para o entretenimento, para a troca. Assim, floresceram as cidades ao longo da história, fortalecendo significados. O lugar da troca e da negociação é, também, lugar da produção. A cidade, nesses termos, é lugar da criação, da fertilização (HISSA, 2006).

Contudo, verifica-se que no contemporâneo, a construção de si e do outro, por intermédio do encontro nas cidades, e a potência de relações do tecido social tendem a ser superficiais e protegidas em relação à diferença. A cidade nesse sentido produz exclusão, nega a diferença, vigia e organiza os corpos que por ela circulam. Na aldeia global do capitalismo pós-industrial, os corpos são cada vez mais inscritos em sua circulação pela cidade por certa assepsia e impermeabilidade à diferença.

Nas cidades modernas, apesar de nascerem como espaço de liberdade e de resistência à servidão feudal, engendram-se jogos de forças maquinados pela racionalidade do campo privado que afirmam o individualismo. Reforça e contrapõe identidades em linhas de forças de segmentaridade, produzindo valorização de certas identidades em detrimento da exclusão de outros modos de habitar. Erguem-se pelos espaços urbanos, muros e cercas reais e simbólicos.

Os serviços de saúde mental devem trabalhar sua capacidade de se fazerem de pontos de passagem nos quais se produzam encontros potentes e capazes de mobilizar nos sujeitos processos de mudanças ativas de modo a que, sem paralisar os percursos, possam ter efeitos.

Referências

BRASIL. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010a**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, (PIEC), cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

______. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216>. Acesso em: 10 nov. 2012.

______. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, 2010b.

______. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

______. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de rua do SUS**. Brasília, 2010c. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS.

______. Ministério da Saúde. **Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, 2004.

______. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

______. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

______. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, 2009.

______. Ministério da Saúde; Presidência da República. **Edital nº 003/2010/GSIPR/SENAD/MS**. Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas Brasília: Presidência da República, 2010d.

CALLIGARIS, C. **Nota sobre as cracolândias**. [S.l: s.n], 2012. Disponível em: <http://avaranda.blogspot.com.br/2012/01/notas-sobre-cracolandia-contardo.html>. Acesso em: 15 jul. 12.

CARTA DAS ENTIDADES DE DEFESA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA. [S.l: s.n], 2011. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/11991-carta-das-entidades-de-defesa-da-reforma-psiquiatrica>. Acesso em: 26 set. 2011.

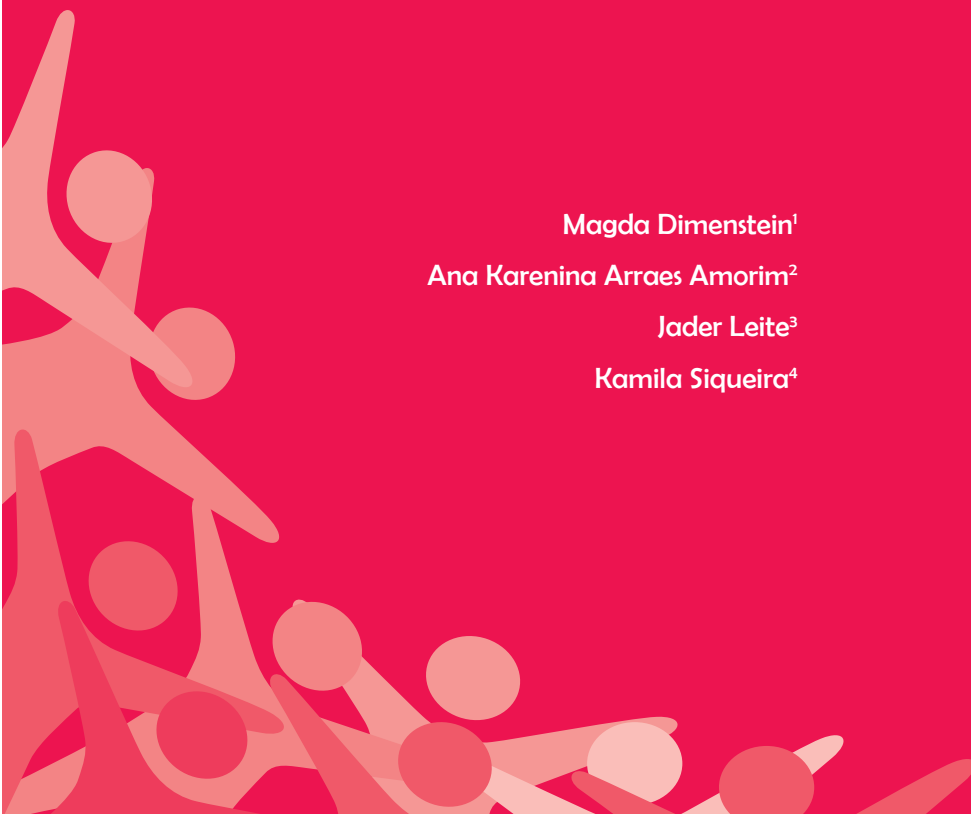
DELEUZE, G. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Tradução e legendas Raccord. Brasília: Ministério da Educação, 1994. Entrevistas concedidas a Claire Parnet, nos anos 1988-1989.

DELEUZE, G. Políticas. In: DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta 1998.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Coleção Ditos e Escritos, 4).

HISSA, C. E. V. Ambiente e vida na cidade. In: Brandão, C. A. (org.). **As cidades da Cidade**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

NOGUEIRA, M. L.; SILVA, J. S. **A cidade**: o jogo da alteridade. Salvador: UFBA, 2008. Disponível em: <http://www.corpocidade.dan.ufba.br/arquivos/resultado/ST4/MariaNogueira.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2012.

PELBART, P. P. Exclusão e biopotência no coração do Império. In: SEMINÁRIO ESTUDOS TERRITORIAIS DE DESIGUALDADES SOCIAIS, 2001, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Cedest, 2001.

[1] Doutora em Saúde Mental/UFRJ. Professora titular do Departamento de Psicologia. Docente do PPGPsi/UFRN. Bolsista de Produtividade do CNPq. *E-mail*: <magda@ufrnet.br>.

[2] Doutora em Psicologia Social/UFRN. Professora adjunta do Departamento de Psicologia/UFRN. *E-mail*: <akarraes@gmail.com>

[3] Doutor em Psicologia Social/UFRN. Professor adjunto do Departamento de Psicologia. Docente do PPGPsi/UFRN. *E-mail*: <jaderfleite@gmail.com>.

[4] Psicóloga. Bolsista de apoio técnico/CNPq.

[5] Discente de graduação em Psicologia/UFRN. Bolsista IC- Pibic.

[6] Discente de graduação em Psicologia/UFRN. Bolsista IC-Pibic.

[7] Discente de graduação em Psicologia/UFRN. Bolsista IC- Pibic.

[8] Discente de graduação em Psicologia/UFRN. Bolsista IC- Pibic.

[9] Discente de graduação em Psicologia/UFRN. Bolsista IC- Fapern.

Resumo

O atendimento da crise é um dos problemas mais evidentes e de difícil manejo na atualidade. Além disso, é um dos eixos estratégicos e pilar de sustentação da Reforma Psiquiátrica. Em função disso realizamos uma investigação com o objetivo de conhecer a configuração, o funcionamento e os modos de acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) de Natal/RN. Entrevistamos 137 profissionais e gestores vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), aos Hospitais Gerais e ao Hospital Psiquiátrico. Identificamos diversos pontos de estrangulamento: número limitado de serviços que acolhem urgências; falta de comunicação entre equipes dos diferentes componentes; ausência de matriciamento com a atenção primária e de leitos de atenção integral nos hospitais gerais. Consideramos que o município apresenta capacidade limitada de responder às situações de crise e às demandas emergenciais, a qual depende de boa articulação entre os componentes da Raps e destes com os demais serviços de saúde, especialmente de urgência e emergência, da presença efetiva de leitos de atenção integral, além de integração eficaz com a rede de suporte social.

Palavras-chave:

Reforma Psiquiátrica. Saúde mental. Crise. Rede de Atenção Psicossocial.

Introdução

O atendimento da crise é um dos problemas mais evidentes e de difícil manejo para as equipes de saúde mental na atualidade. Segundo Souza (2012, p.2)

> [...] este desafio não é somente uma prioridade estratégica, mas funciona como um analisador dos processos de Reforma Psiquiátrica. Analisa a sua amplitude e capacidade de resposta ao sofrimento mental, num sentido quantitativo e a sua consistência política em termos de capacidade de desinstitucionalização.

A substituição do modo asilar implica a estruturação de uma rede articulada de serviços que abarquem as diferentes necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, especialmente nos momentos de crise. Nosso desafio está em melhorar a qualidade técnica, a equidade e a continuidade da atenção em relação às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com o objetivo de reduzir suas consequências e proporcionar possibilidades de reinserção social. Em função disso, desenvolvemos uma pesquisa[10] objetivando conhecer a configuração, o funcionamento e os modos de acolhimento produzidos nos diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) de Natal/RN.

[10] Pesquisa intitulada: *Rede de Atenção Integral à Crise e Estratégias de Acolhimento com Classificação de Risco em Saúde Mental.* Foi aprovada pelo CEP (protocolo 330/09) e financiada pelas agências de fomento CNPq (Edital Ciências Humanas e Sociais/2010) e FAPERN (PPSUS III).

No Brasil, o atendimento da crise só vem sendo alvo de preocupação há poucos anos. Não observamos esforços no sentido de estabelecer critérios claros e/ou regulamentação adequada para garantir acesso a uma atenção de qualidade respeitando os direitos dos usuários. Nesse sentido, essa pesquisa cumpre a função de gerar conhecimento que possa subsidiar mudanças e novos direcionamentos para a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a organização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). É preciso investir não só na desconstrução do paradigma manicomial que sustenta as práticas de atenção nesse campo, mas especialmente, na reorganização de uma rede de cuidados que articule a rede SUS como um todo e, nesse sentido, o Caps III, os hospitais gerais e de emergência, bem como o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (Samu) e Pronto Atendimentos (UPAs), têm lugar de destaque.

Percurso Metodológico

Nosso percurso metodológico consistiu de diferentes etapas desenvolvidas ao longo de 24 meses (agosto de 2010 a julho de 2012). Teve início com os contatos institucionais com as gestões estadual e municipal de saúde e com a saúde mental no sentido de definir os locais e pactuar calendário da pesquisa de campo. Depois de estabelecidos os acordos, procedemos às visitas aos serviços substitutivos, hospitais de urgência e emergência, pronto atendimentos, Samu e Hospital Psiquiátrico João Machado, para mapear as equipes presentes nessas instituições e fazer um levantamento da disponibilidade dos técnicos para

participação na pesquisa. Trabalhamos com dois roteiros de entrevistas semiestruturadas: um para gestores e outro para trabalhadores. Os eixos temáticos das entrevistas versaram sobre: estratégia da atenção psicossocial; rede de cuidados; atenção à crise; gestão; formação profissional; processos de trabalho em saúde. Para melhor operacionalização da coleta de dados, estabelecemos três etapas de imersão na rede de serviços de saúde local.

Quadro 1 – Etapas da coleta de dados

ETAPAS DA COLETA DE DADOS	SERVIÇOS PESQUISADOS	ENTREVISTAS REALIZADAS (n = 137)
ETAPA I (n = 63) Serviços da Raps	1 Caps III,	27
	1 Caps II/Oeste	13
	1 Caps ad/Norte	12
	1 Caps ad/Leste	11
ETAPA II (n = 41) Rede de Pronto Atendimento e Samu	UPA– Pajuçara	12
	UPA– Mãe Luísa	11
	UPA– Satélite	12
	Samu	6
ETAPA III (n = 33) Rede hospitalar de urgência e emergência e Hospital psiquiátrico	Hospital Universitário Onofre Lopes/ Huol	9
	Hospital Pedro Bezerra/Santa Catarina	10
	Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	5
	Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado/ HJM	9

Fonte: Autoria própria.

As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde durante o ano de 2011 com todos os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve delimitação prévia de número e categoria profissional. A estratégia foi visitar cada serviço quantas vezes fossem necessárias para atingir um maior número de participantes, contemplando os diferentes turnos deles.

Atendimento da crise – o cenário da saúde mental no contexto nacional e local

> As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNT são a principal fonte da carga de doença e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição (SCHMIDT et al., 2011, p.61).

Esses dados foram publicados recentemente pela revista *The Lancet* acerca da Saúde no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS), na 65ª Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em maio de 2012, reconheceu que, além dos danos à saúde, há consequências sociais e econômicas de longo alcance e por isso recomendou aos estados-membros,

> a que, según las prioridades nacionales y en el marco de sus contextos específicos, elaboren y refuercen políticas y estrategias integrales referentes a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, y la identificación temprana, la atención, el apoyo, el tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos mentales (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011, p. 3).

Apesar de todo o empenho, há certa invisibilidade ou desconhecimento em nível nacional acerca da gravidade e do impacto que os transtornos mentais provocam, especialmente, a depressão, as psicoses e os transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool, responsáveis pela maior parte da carga de adoecimento e de mortalidade. Nesse contexto, o atendimento da crise ganha bastante relevo. Diversos países têm se preocupado em elaborar propostas de intervenção para esses momentos críticos por considerar que a rapidez da atenção e a forma de manejo dessas situações são decisivas para dar uma resposta eficaz e, assim, evitar hospitalizações, sofrimento e, por consequência, cronificação. Dessa forma, o tipo de abordagem dirigida à crise pode ser um fator de proteção se “ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamento” (ESPAÑA, 2012, p. 16). Estamos de acordo com Souza (2012) que

> a resposta às crises dos portadores de sofrimento mental grave e persistente tem sido apontada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica na medida em que é condição essencial para

> dar sustentação ao conjunto de iniciativas no campo da assistência/cuidado e reabilitação psicossocial destes sujeitos, tendo em vista as suas demandas e exigências políticas de cidadania. Este desafio não é somente uma prioridade estratégica, mas funciona como um analisador dos processos de Reforma Psiquiátrica. Analisa a sua amplitude e capacidade de resposta ao sofrimento mental, num sentido quantitativo e, a sua consistência política em termos de capacidade de desinstitucionalização (p. 2).

Conforme a Política de Saúde Mental brasileira se move em direção ao fornecimento de cuidados integrais a usuários em sofrimento psíquico, tornam-se necessários a ampliação dos entendimentos acerca da crise e a elaboração de formas eficazes para seu manejo nos hospitais gerais e de emergência, pronto atendimentos, Caps III e Samu. Hoje, podemos observar uma expansão e interiorização dos diversos serviços que compõem a Raps pelo País e a consequente diminuição no número de leitos (passou de 39.567 em 2006 para 32.735 em 2010) e de internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011). Apesar dessa ampliação que indica o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é preciso promover ações que garantam o acesso com qualidade, trabalhar de forma georreferenciada, ofertar cuidados considerando a diversidade das necessidades dos usuários e garantir a participação deles nos processos decisórios. Nesse cenário, o problema do atendimento da crise emerge como um dos principais entraves ao aprofundamento das mudanças em curso.

Além do estigma e de preconceitos associados ao portador de transtornos mentais e dos problemas relacionados aos processos de trabalho em saúde, especificamente em termos do cuidado a essa clientela, outros obstáculos impõem-se à reestruturação da Raps, em especial a integração da rede hospitalar geral e a completa substituição do aparato manicomial. Atualmente, é indiscutível a necessidade de termos serviços em rede que operem na perspectiva da continuidade de cuidados, gestão integrada de casos e corresponsabilização. Sabemos que criar articulações com a rede de atenção primária, fortalecendo seu potencial no acolhimento às demandas em saúde mental, bem como com os serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, é uma das principais ações para termos resultados mais efetivos no atendimento da crise. Ademais, precisamos definir critérios claros, levando em conta o que as legislações internacionais recomendam acerca das situações de crise e de emergência, dos procedimentos para admissão e dos tratamentos involuntários, bem como sobre os direitos dos usuários.

No entanto, o que observamos no cenário nacional e local é uma evidente fragilidade em diversos componentes da Raps e das propostas de avanço acima referenciadas. Dos 1.620 Caps existentes no País apenas 55 são do tipo III, dos quais o Rio Grande do Norte, incluindo a capital, possui apenas 1. Em relação à Atenção Primária, diversos estudos

realizados nacionalmente, assim como em Natal, apontam as dificuldades em relação à implantação do matriciamento e ao desenvolvimento de ações compartilhadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e dos serviços substitutivos, nos territórios de vinculação dos usuários. Observa-se que o número de equipes de Nasf no País ainda é reduzido, e em Natal ele se limita a três equipes, indicando a precária capacidade de cobrir as necessidades crescentes de suporte em saúde mental apresentadas pelas equipes da ESF.

Por outro lado, o modo de funcionamento do Samu e a fragilidade da participação do hospital geral no processo de Reforma Psiquiátrica configuram-se como poderosos obstáculos. Em estudo anterior sobre a urgência psiquiátrica (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007), indicamos que a formatação dos serviços de urgência e emergência impossibilita a formação de vínculo, visto que são pontuais, ignoram a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e a sua vida, inserindo-o em um cotidiano artificial isolado, roubam sua autonomia, desconsideram a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação.

Apesar da Portaria MS/GM nº 2.048 que atesta que as urgências psiquiátricas são de competência técnica dos serviços de urgência (BRASIL, 2006), localizando o Samu como uma porta de entrada itinerante capaz de fazer potentes articulações inter-redes (JARDIM e DIMENSTEIN, 2007), nota-se uma enorme resistência dos Samus no País inteiro em prestar socorro; recusam-se a atender os casos de pessoas em sofrimento mental agudo ou, mais grave ainda, a utilização corrente de procedimentos que trazem a marca dos métodos clássicos empregados costumeiramente pelos hospitais psiquiátricos, bastante semelhantes à tortura, como a imobilização mecânica usada como punição (JARDIM; DIMENSTEIN, 2008).

Importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando nos últimos anos com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental presentes em hospitais gerais, Caps III, emergências gerais e serviços hospitalares de referência para álcool e drogas. Apesar desse fomento, existia até final de 2010 apenas 3.371 leitos psiquiátricos do SUS em hospitais gerais em um cenário de redução significativa de leitos em hospitais psiquiátricos, tal como no período de 2007 a 2010, quando se registrou uma redução de 6.832 leitos psiquiátricos no País (BRASIL, 2011). Dessa forma, a expansão do número de leitos qualificados para a atenção à saúde mental em hospitais gerais foi considerada insatisfatória em todo território nacional nos últimos anos, além do que "a criação desses leitos psiquiátricos no Brasil não obedeceu a qualquer planejamento de cobertura populacional" (PITTA, 2011, p. 4581).

Tais fatos vêm produzindo espaços lacunares na atenção ao usuário em crise, vazios para os quais a principal resposta da Raps, especialmente em Natal, tem sido o encaminhamento ao hospital psiquiátrico. Em outras palavras, as dificuldades de fechamento de hospitais psiquiátricos no País devem-se, em grande parte, à ineficiência de serviços que deem suporte à crise. Assim, os manicômios continuam ocupando um lugar central em função da inexistência desses dispositivos e tendo sua existência justificada socialmente.

Atualmente em Natal, dispomos de uma Rede de Atenção Psicossocial (Raps) claramente precarizada. Estão em funcionamento um Caps II e um Caps III. A rede possui também dois Caps ad, um Caps i, um ambulatório de saúde mental, um ambulatório de prevenção e tratamento de tabagismo, alcoolismo e outras drogas e dois serviços residenciais terapêuticos. Não dispomos de leitos de atenção integral nos hospitais gerais e de emergência, apenas seis leitos em ala psiquiátrica localizada no Hospital Universitário Onofre Lopes (Huol), não há centro de convivência e cultura, casas de acolhimento transitório e muito menos de uma articulação eficaz com a rede básica de saúde. Ademais, contabiliza-se um total de 717 leitos psiquiátricos no estado, sendo que 532 estão concentrados na capital[11]. Segundo dados do DATASUS[12], no período de janeiro de 2011 a junho de 2012, foram registrados 3.064 internações psiquiátricas em Natal, muitas das quais poderiam ter sido evitadas ou acolhidas na rede extra-hospitalar e/ou de hospitais gerais. Portanto, a precariedade e a desarticulação da rede assistencial no município são uma evidência e um problema com o qual precisamos nos preocupar e investir na formulação de estratégias visando à efetivação dos princípios da integralidade, resolutividade, a intersetorialidade das políticas e uma atuação territorial.

[11] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxrn.def>. Acesso em: 11 set. 2012.

[12] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxrn.def>. Acesso em: 11 set. 2012.

Perfil dos técnicos e gestores de saúde participantes da investigação

Os participantes da nossa investigação constaram de 137 profissionais vinculados à Raps do município de Natal/RN, lotados especificamente em serviços do tipo Caps, Samu, pronto atendimento, hospitais gerais e psiquiátrico. Desses, 121 exerciam função técnica e 16 estavam na gestão das referidas instituições. Registramos uma variedade de categorias profissionais entre os entrevistados, embora 80% estejam concentrados nas seguintes categorias: Enfermagem, Medicina, técnico de Enfermagem e Psicologia. Essa configuração das equipes da rede local não difere da encontrada na realidade brasileira como um todo.

Outro aspecto identificado na pesquisa diz respeito à distribuição da força de trabalho em saúde por idade e sexo, bem como quanto ao regime de contratação e vínculos de trabalho. Percebemos que a maioria dos nossos participantes é de mulheres, jovens, com média de idade entre 33 e 40 anos, concursada e com vários vínculos empregatícios. Estudos nacionais (BRITO, 2000; SILVA, ROTEMBER; FISCHER, 2011; LUIZ e BAHIA, 2009) demonstram que a saúde pública tem se tornado um espaço de concentração de trabalho feminino

e assalariado (LOPES; LEAL, 2012). Ou seja, temos observado no País uma feminização do cuidado em saúde, bem como o fato do trabalho assalariado constituir-se a principal forma de inserção de muitas categorias, entre as quais destacamos a Enfermagem e a Psicologia, tradicionalmente femininas. Esses estudos também mostram que, pelo fato da precariedade ter sempre estado associada ao trabalho feminino, nota-se que questões como remuneração, condições de trabalho, entre outras, apresentam-se problemáticas quando se trata da saúde pública. Em função disso, observa-se a busca por mais de um vínculo de trabalho, de forma a garantir uma remuneração considerada justa e adequada às necessidades. Quanto às instituições formadoras, o grande percentual é de profissionais egressos das instituições de ensino federais (n= 82) tais como Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), mas já se observa a presença de instituições privadas locais como formadoras da mão de obra em saúde no estado. Nota-se que muitos profissionais apresentam formação pós-graduada em diferentes níveis.

Configuração e funcionamento da Raps no atendimento da crise

a. Organização da rede

Para contextualizar o conjunto de dados obtidos nesta investigação é imprescindível conhecer o desenho da rede de atendimento da crise que articula Caps, Samu, Upas, Hospitais Gerais, Hospital Psiquiátrico no município de Natal/RN, no que se refere à sua localização geográfica, aos equipamentos e às estruturas existentes, bem como aos fluxos identificados entre tais instituições. A seguir, os serviços pesquisados distribuídos por bairros da capital potiguar.

Quadro 2 – Distribuição dos serviços por bairro

Serviço de Saúde	Bairro
1 Caps III 1 Caps II/Oeste 1 Caps ad/Norte 1 Caps ad/Leste	Petrópolis Lagoa Nova Potengi Tirol
UPA– Pajuçara UPA– Mãe Luísa UPA– Satélite Samu	Pajuçara Mãe Luísa Cidade Satélite

continua

conclusão

Serviço de Saúde	Bairro
Hospital Universitário Onofre Lopes (Huol)	Petrópolis
Hospital Pedro Bezerra – Santa Catarina	Potengi
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	Tirol
Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado (HJM)	Tirol

Fonte: Autoria própria.

Na sequência, apresentamos a distribuição desses serviços por Distrito Sanitário de Saúde.

Figura 1 – Serviços de Saúde por Distrito Sanitário

Legendas: Upas Caps HOSPITAIS GERAIS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Fonte: Autoria própria

Observando o mapa anterior é possível identificar, à primeira vista, uma concentração dos componentes que compõem a rede de atendimento da crise em uma área determinada da capital: a zona leste. Essa área é a menos populosa de Natal, a que apresenta melhores condições de infraestrutura urbana, de transporte, de saneamento básico, de índices epidemiológicos, de serviços de saúde público e privados, ou seja, é a que é ocupada pelas classes média-alta e alta de Natal. Isso tem consequências importantes. Vejamos por quê.

A modelagem das Redes de Atenção à Saúde, segundo Mendes (2007), precisa levar em consideração alguns elementos. Em primeiro lugar, deve-se ter clara a população usuária, em seguida os serviços disponíveis e, por fim, o modelo de atenção à saúde que articula pessoas e equipamentos. Para esse autor é necessário utilizar variáveis como perfil demográfico e epidemiológico da população para a definição do modelo de atenção e para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

A configuração observada em Natal demonstra alguns pontos de estrangulamento. Em primeiro lugar, há um reduzido número de serviços que prestam atendimento da crise. Em segundo, a estruturação da rede não levou em conta o perfil demográfico e epidemiológico da população para a abertura dos Caps e das UPAs. Assim, a localização geográfica de quase todos os serviços dificulta o acesso para a maioria dos usuários que frequenta os serviços de saúde do SUS, os quais são oriundos, principalmente, da zona norte da cidade, área que apresenta perfil sociodemográfico e epidemiológico claramente distintos. Isso significa que se trabalha por oferta e não de acordo com o princípio da territorialização e a população de referência, aspecto que vai totalmente de encontro à proposta de construir redes integradas, solidárias, responsivas e resolutivas. Em terceiro lugar, não existem de unidades de saúde tipo Caps III nas demais regiões da cidade, deixando a população sem retaguarda, obrigada a recorrer ao hospital psiquiátrico que é o centro de comunicação da rede e concentra as demandas de todas as áreas da cidade.

Mesmo com a existência de um hospital geral e uma UPA na zona norte, como veremos adiante, esses serviços não atendem situações de crise como deveriam operar, redirecionando os casos para o HJM. A função de atendimento dos casos graves e das crises pelos Caps II ainda não foi incorporada ou não há consenso sobre isso em muitos serviços. Se as redes de atenção à saúde são constituídas para produzir resultados bons sanitários (ampliação do acesso, qualidade, resolutividade, participação social etc.), funcionar de forma integrada, de acordo com a situação demográfica e epidemiológica do território, nota-se que o desenho em curso em Natal tem distorções e vem produzindo resultados insatisfatórios.

É claro que isso está diretamente relacionado ao cenário político da gestão municipal (2009-2012), especialmente, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que ao longo desses anos não só não investiu na qualificação e na expansão da rede de saúde local, bem como

desmantelou a rede e afundou os avanços conquistados nas gestões passada. A priorização gradativa da cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e terceirização do SUS na cidade de Natal foi outro aspecto que causou impacto negativo na medida em que muitos pontos da assistência à saúde passaram a ser negligenciados como o caso da atenção primária e psicossocial, da rede de urgência e emergência envolvendo UPAs e Samu e os leitos de atenção integral, componentes imprescindíveis à abordagem das situações crônicas que requerem como ação de enfrentamento a continuidade de cuidados.

Em análise recente do cenário internacional e nacional, Mendes (2010) aponta que a maioria dos países apresenta sistemas de saúde fragmentados, focados nas condições agudas, caracterizados por pontos que não se comunicam e incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Diz claramente que "os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo" (MENDES, 2010, p.2299), pois carecem dos atributos fundamentais que caracterizam um sistema integrado e articulado em redes de saúde. Ele acrescenta que há "evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde" (MENDES, 2010, p. 2303).

No que diz respeito à saúde mental, sabemos que uma rede bem articulada, com coordenação entre os serviços e a garantia de continuidade de cuidados necessita de integração em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, secundária e terciária e articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informais, grupos de autoajuda, envolvendo usuários, suas famílias e as comunidades. Só assim poderemos diminuir as referências aos especialistas e hospitais psiquiátricos e superar o modo de atenção asilar, produtor de iatrogenia e exclusão social, à medida que se tecem planos de cuidado que abarcam tanto a atenção ao portador de transtornos mentais, quanto ao seu entorno familiar e social.

Foi nessa direção que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088, de 23 dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS, entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, desenvolvidos em uma região de saúde que apresenta densidade tecnológica de gestão e cuidado, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência em uma perspectiva comunitária, territorial e longitudinal.

O componente da regulação e da avaliação dos serviços está diretamente relacionado à qualificação das práticas de cuidado, de gestão e de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, reconhece-se a necessidade de oferecer alguns elementos normativos, ou melhor, a definição de algumas linhas de cuidado (clínico e psicossocial) que

contemplem a multidimensionalidade pessoal/subjetiva, territorial, cultural, de recursos etc., que caracterizam o trabalho em saúde mental. Tal necessidade se apresenta como algo fundamental na atualidade, pois segundo Mângia e Muramoto (2009, p. 120) é evidente que há uma "crise de operatividade" dos serviços de saúde mental que geralmente,

> tendem a não responderem satisfatoriamente as demandas e necessidades dos usuários, apresentam uma organização fragmentada em procedimentos e competências das diversas corporações profissionais que os compõem, não desenvolvem ações territoriais, nem definem claramente prioridades assistenciais e níveis de responsabilidade sobre a população sob seus cuidados (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009, p. 120).

Além disso, complementam enfatizando que:

> Tais avaliações também apontam para a dificuldade de criação de uma linguagem comum e compartilhada entre todos os atores que compõe as redes de serviços. Faltam, sobretudo, definição e compartilhamento de critérios e indicadores que possam subsidiar a caracterização e mensuração dos objetivos e resultados pretendidos e contribuir no processo de avaliação das novas redes e serviços (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009, p.120).

Isso ficou evidente na realidade pesquisada. Quando questionamos nossos entrevistados acerca da função e da articulação do seu serviço na Raps percebemos desarticulação, falta de clareza e de propostas comuns de trabalho. Identificamos, assim, problemas elementares no tocante à rede assistencial. Os discursos de que "a rede não existe; a rede é inoperante; não há integração", indicam uma dificuldade de conceber a rede não como algo etéreo e transcende, mas como uma malha viva de articulação entre atores que se comprometem, trocam conhecimentos e pactuam responsabilidades, logo, que todos fazem parte do cenário e são coparticipes.

Outro aspecto identificado é que, para entrevistados, há problemas com relação às definições das demandas atendidas por cada um, sobretudo no tocante à diferenciação entre "dependência química" e "transtorno mental", bem como em relação à territorialidade. Identificamos, portanto, três grandes problemas na organização dos serviços pesquisados: 1) falta de consenso no sentido do quê e quem deve ou não ser atendido no Caps III; 2) falta de acordos acerca do atendimento ao usuário que não possui registro no serviço, contato ou presença de familiares; 3) equívocos em relação ao pertencimento territorial. Traduzindo em miúdos, o Caps III, único em Natal, não tem porta aberta para as demandas em saúde mental, apenas para os moradores dos distritos leste e sul, além dos usuários vinculados ao Caps Oeste. Não há atendimento de urgência para residentes do distrito norte, tal como

anunciado anteriormente, onde reside parte da população que mais busca os serviços de saúde. Para eles resta o atendimento na Unidade de Pronto Atendimento deste distrito e o Hospital Psiquiátrico. Além disso, os casos de uso abusivo de álcool e outras drogas que chegam ao Caps III são encaminhados para o Caps ad em função do entendimento que a competência do serviço diz respeito somente aos casos de transtornos mentais graves. Nota-se, dessa forma, que há no Caps III uma restrição importante em relação à demanda que pode ser atendida, sendo esse um dos componentes mais estratégicos da Raps.

Nicácio e Campos (2004) afirmam que a organização da rede assistencial com alta taxa de especialidade dos serviços resulta na reafirmação do lugar do hospital psiquiátrico como necessário no desempenho da função de internação. Sendo assim, o que deveria se configurar como uma rede psicossocial articulada, funciona como circuito psiquiátrico, no qual as instituições funcionam em esquema de complementaridade, dividindo suas funções entre a atenção territorial (Caps) e a internação (hospital psiquiátrico). Os autores concluem:

> A lógica seletiva de organização dos serviços, com base em sua própria competência, resulta em constantes reenvios da demanda a outras estruturas assistenciais, restrição e ausência de respostas aos problemas e sofrimentos das pessoas, desconhecimento das necessidades presentes no território e, sobretudo, desresponsabilização e abandono das situações e dos usuários considerados graves (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p. 73).

Não há dúvida que essa é a realidade identificada em Natal. O lugar que a crise ocupa na assistência revela uma crise nela própria no sentido de confrontar o limite de cada serviço em responder de forma resolutiva e eficiente a algo que demanda a criação de uma complexidade de instrumentos e ações por parte das equipes (COSTA, 2007). Assim, observamos que o Hospital Psiquiátrico é o ponto de atenção mais requisitado da rede. Ele recebe casos oriundos de todos os outros serviços, na maior parte das vezes por meio do Samu. O Caps III, que deveria estar fortalecido nessa rede, ainda não tem conseguido atender uma demanda considerável de casos de urgência e produzir uma assistência diferenciada, com curta internação e continuidade de cuidados. Atuar como principal porta de entrada para casos de crise e diminuir o número de internações, iniciando um processo paulatino de substituição do hospital psiquiátrico, ainda não é uma realidade no município de Natal. O Caps III tem conseguido, no máximo, ser uma estrutura acoplada ao hospital psiquiátrico, diminuindo sua superlotação e, portanto, colaborando na disponibilização de vagas "Convivem com a internação, sem substituí-la, e acabam por confirmar sua necessidade" (COSTA, 2007, p. 97).

Diante desse quadro, entendemos a necessidade de novas diretrizes e de organização do atendimento da crise local e nacionalmente, já que essa realidade não é privilégio de

Natal, mas pode ser identificada no País como um todo. Nessa direção, algumas linhas estão em operação em nível mundial, a fim de definir e de consensuar pautas de atuação e responsabilidades de cada um dos pontos da rede de atenção que intervêm no processo e os mecanismos de coordenação entre eles, a fim de evitar a fragmentação do cuidado e o desperdício de recursos. Além disso, nota-se um esforço em orientar as equipes quanto ao acolhimento, ao transporte adequado, aos critérios de hospitalização voluntária e involuntária, aos procedimentos durante a internação, à orientação para contenção mecânica e farmacológica, aos critérios de alta, à orientação à família durante e após episódio de crise e hospitalização bem como direito dos usuários. Essas diretrizes combinadas com a indicação das alternativas de recursos terapêuticos e sociocomunitários disponíveis no território do usuário, bem como orientações em relação ao plano de continuidade de cuidados, são estratégias para

> (...) la puesta en práctica de actuaciones integradas em los mecanismos generales de respuesta a las situaciones de crisis, que propician uma visión menos estigmatizadora del paciente y su familia en los momentos, quizá más trágicos, del discurrir de la enfermedad, facilitándoles un mecanismo de respuesta accesible, sencillo y ágil que contribuye a dar una respuesta más serena y normalizada en esos momentos (ESPAÑA, 2005, p. 8).

b. Formas de acolhimento e cuidado ao usuário em crise

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004):

> O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004, p. 5).

Objetiva-se reverter os modos tradicionais de cuidado em saúde que se restringem a uma "ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo" (BRASIL, 2004, p. 7). Em relação ao cenário local, no que diz respeito ao acolhimento ao usuário em crise, confirmamos a ausência de critérios claros em termos

das intervenções e da distribuição de responsabilidades na Raps, contrariando todas as diretrizes da PNH acima referidas.

O acolhimento à crise no Caps II pesquisado está completamente condicionado à presença do psiquiatra no serviço. É unânime o discurso de que o Caps II não é um serviço adequado para atender à crise, principalmente se o usuário não possui vínculo anterior com a equipe e procura atendimento sem acompanhante. A conduta da equipe é que, após avaliação pelo psiquiatra, todo e qualquer usuário deve ser encaminhado para o hospital psiquiátrico (HP) ou para o Caps III, indicando total ausência de hospitalidade nesses dispositivos. Caso esteja com acompanhante, este se responsabiliza por chamar o Samu para que se realize o atendimento e o deslocamento. Sendo usuário do serviço, a justificativa para encaminhamento ao hospital psiquiátrico ou Caps III gira em torno da falta de medicação, local apropriado para o atendimento e o fato do serviço não dispor de psiquiatra em todos os horários.

Esse quadro é preocupante. Não bastassem as restrições impostas pelo Caps III, o acolhimento ofertado no Caps II está praticamente restrito ao encaminhamento. A equipe não possui diretrizes terapêuticas para atender a demanda de crise, nem a espontânea, nem a de seus próprios usuários. Isso nos leva a questionar: esse serviço está de fato produzindo encaminhamento responsável e resolutivo, conseguindo avaliar riscos e vulnerabilidades? Está conseguindo acolher com responsabilização já que sabemos que “as portas de entrada dos aparelhos de saúde podem demandar a necessidade de um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço, como pronto-socorro, ambulatórios de especialidades, centros de saúde etc.” (BRASIL, 2004, p. 16). Isso significa que o acolhimento como ato ou efeito de acolher implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, implica uma atitude de inclusão.

No Samu, apesar de todas as dificuldades em termos das práticas em relação à crise, nota-se uma linha de ação mais definida e, portanto, uma clareza acerca do seu lugar na Raps. Sua função tem sido a de direcionar de forma adequada o usuário na rede, distribuindo os casos entre os serviços disponíveis. Sem isso, toda a demanda do município iria para o HP. O Samu faz a identificação da demanda, da área onde se encontra o usuário, para definir o serviço mais próximo e adequado às necessidades, bem como realiza algumas orientações em termos de medicação e de cuidados domiciliares. Em outras palavras, o Samu tem cumprido um papel fundamental nessa rede de atenção de atendimento da crise, contribuindo para a articulação e definição de responsabilidades sanitárias de cada ponto de atenção.

Em relação ao Caps III, serviço estratégico de atenção à crise 24 horas e único em Natal, atualmente conta dez leitos (podendo acolher até 12 usuários). Como referido anteriormente,

atende unicamente usuários do próprio serviço, moradores dos distritos sanitários sul e leste e usuários do Caps Oeste. Em relação a esse serviço observamos grande demanda não acolhida por falta de suporte estrutural e técnico; processo de trabalho e de gestão sem definição clara das funções de cada um, sem coordenação e consenso quanto às formas de intervenção em relação à crise; precariedade da rede de atenção que faz com que o Caps III não dê respostas satisfatórias e não consiga produzir uma atenção integral. A situação do Caps III é a mesma apontada por Costa (2007) em relação às experiências internacionais, cujas propostas eram desarticuladas, não davam respostas satisfatórias às necessidades dos usuários, com encaminhamento sistemático dos casos "porque não superavam o modelo cultural de referência ao hospital psiquiátrico como recurso de recepção dos "fracassos" dos serviços comunitários. Tal funcionamento acabava por manter a sustentação prática, técnica e ideológica do hospital" (COSTA, 2007, p. 98).

Já os Caps ad têm limitações em relação à atenção do usuário com patologia dual; em situações de exacerbação da crise com intercorrências clínicas, de articulação com o Caps III, bem como com o HP, que geralmente não dispõe de vagas na unidade de desintoxicação, enviando o usuário de volta ao Caps ad. Por esse motivo, os profissionais tentam evitar o encaminhamento, dando suporte à crise dentro dos limites do serviço, encaminhando em casos excepcionais após avaliação criteriosa. Nesse ponto, os entrevistados relatam uma pactuação realizada com o Hospital Psiquiátrico, na qual os usuários do Caps ad seriam recebidos com prioridade no hospital e vice-versa, porém com a mudança de gestão do HP, o acordo não vem sendo cumprido. Novamente, observa-se a fragmentação da rede e a não manutenção dos acordos no sentido de melhorar a assistência em saúde.

Observa-se que, tanto nos casos dos hospitais gerais quanto das UPAs, o que já foi detectado em outras realidades: "o uso excessivo de medicação e a polifarmácia, a utilização frequente de procedimentos de contenção, sem critério e monitoração, uma tendência a limitar o cuidado à clínica da supressão de sintomas" (SOUZA, 2012, p. 6), além da falta de estrutura física e de capacitação dos recursos humanos, os quais são os elementos problemáticos que impedem o acolhimento das situações de crise de forma resolutiva e criação de novas modelagens de continência da crise, indicando a necessidade de reconfiguração da rede, de formação permanente desses profissionais e de divisão de responsabilidades entre estes serviços e os de cunho substitutivo. Em outras palavras, apresentam pouca capacidade de resposta em relação às demandas dos portadores de transtornos mentais e reafirmam um lugar para o manicômio na Rede de Atenção Psicossocial.

Em relação ao hospital universitário fica claro que, apesar de contar com leitos de atenção integral em saúde mental, continua funcionando na lógica das especialidades clínicas e desenvolvendo um tipo de atenção não alinhada à perspectiva de reconfiguração dos hospitais gerais no contexto da Reforma Psiquiátrica. Em Natal, os seis leitos existentes no

Hospital Universitário (HU) não podem ser ocupados por usuários em crise, mas apenas por aqueles que vêm encaminhados de outro hospital com alguma enfermidade que exige observação clínica. Por não consistir em porta de entrada para urgências, todos os usuários que buscam o HU e se enquadram no perfil de crise (transtorno e/ou uso de substâncias) são encaminhados para o hospital psiquiátrico. Sendo assim, conforme relato do gestor do serviço, os leitos de atenção integral são destinados apenas a usuários eletivos, que possuem algum tipo de comorbidade clínica associada ao transtorno mental, configurando-se em um mecanismo de urgência referenciada, isto é, recebendo apenas usuários encaminhados de outras unidades hospitalares.

Esse quadro indica que estamos na contramão do que vem sendo proposto pela PNSM. Os hospitais gerais aparecem com os Caps III e unidades de emergência, como dispositivos fundamentais na composição da rede de atendimento da crise, responsáveis, sobretudo, pelo acolhimento noturno de usuários que demandam cuidado emergencial (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010). Transformar os leitos de atenção integral em porta de entrada para as urgências e situações de crise consiste em um mecanismo efetivo para a garantia da acessibilidade, bem como tentativa de reversão do modelo asilar de atenção. Essa função não vem sendo cumprida pelo hospital universitário de Natal.

Em última análise, o HU não tem porta aberta à crise, logo, não faz parte da rede de suporte. Entretanto, o mais preocupante é o fato de que não há problematização por parte dos gestores acerca do funcionamento desses leitos, muito menos proposições para mudança. Sabemos que a tendência mundial é o investimento em unidades de hospitalização breve, focalizadas na crise aguda e em intervenções terapêuticas intensivas a partir de um diagnóstico pluridimensional, e orientadas por recomendações de atuação específicas quanto à contenção mecânica, farmacológica etc. Essas unidades estão articuladas aos demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial para garantir a continuidade do tratamento no pós-alta com adequado planejamento de utilização dos recursos sanitários e sociais de acordo com as necessidades do usuário.

Já o hospital psiquiátrico constitui, indiscutivelmente, a porta de entrada para as situações de crise. Segundo os profissionais, os usuários que chegam ao HP se encontram em “surto”, intoxicados ou com síndrome de abstinência, hiperativos, agitados ou agressivos. Após o acolhimento e a avaliação médica, o usuário é medicado, podendo ser liberado ou ficar em observação, como ocorre na maioria dos casos. Esse processo varia de 24 a 72 horas, que pode derivar para liberação ou internação. Em caso de permanência, o usuário é encaminhado para uma das enfermarias, sendo sua alta conferida por um clínico geral.

c. Critérios diagnósticos para crise e internação

Não há, entre os profissionais investigados, concordância quanto à definição de crise. Observa-se que os modos de reconhecimento da crise derivam das diferentes definições assumidas na prática de cada profissional. Concordamos com Costa (2007) que de modo geral, a crise e as tentativas de respostas a elas podem ser esquematizadas em torno das seguintes características:

- exacerbação da noção de periculosidade ligada à pessoa em crise;
- redução da experiência a sintomas e a comportamentos considerados "bizarros"; com tendência ao reconhecimento apenas de "traços" patológicos, anormais e insanos;
- intervenções mais direcionadas à remissão dos sintomas em curto período de tempo;
- tentativa de normalizar e impor hábitos morais;
- ênfase na negatividade da loucura e da crise; ênfase na desrazão, nas incapacidades e nas impossibilidades;
- separação entre a crise e a vida global do sujeito;
- uso frequente e mecanizado das contenções físicas, da eletroconvulsoterapia; uso generalizado e padronizado da medicação como recurso terapêutico mais importante ou prioritário;
- ênfase no controle e na tutela; uso do espaço físico para contenção das crises; e internação como recurso predominante (COSTA, 2007, p. 96).

Dell'Acqua e Mezzina (2004) apontam os parâmetros que os serviços podem utilizar para identificar as situações graves e que podem ser conduzidas para internação. São aquelas que obedecem, no mínimo, a três dos cinco parâmetros especificados: 1) grave sintomatologia psiquiátrica; 2) intensa ruptura no plano familiar e/ou social; 3) resistência ao tratamento; 4) recusa obstinada de contato; 5) incapacidade de enfrentar as situações de alarme surgidas em seu contexto de vida. Nas entrevistas realizadas, apenas o primeiro ponto foi destacado pelos profissionais da Raps de Natal como critério de definição da crise psiquiátrica. Nenhum outro aspecto foi levado em conta que indique uma concepção ampliada das situações de crise, que é então reconhecida como um evento negativo que precisa de cuidados médicos intensivos com o objetivo de solucionar rapidamente a situação de agitação e/ou agressividade.

Essa concepção reducionista de crise define os modos de acolhimento na rede de Natal que são, prioritariamente, a medicação e a contenção, como apontadas anteriormente.

Tal concepção não requer ações amplas, intensivas, flexíveis e singularizadas. Além disso, contribui diretamente para a entrada ou a permanência dos usuários no circuito psiquiátrico, à medida que são ações muito pontuais, focadas em sintomas, que não levam em conta a multidimensionalidade do problema. Assim, observamos crises frequentes e internações recorrentes com consequências nos processos de incapacitação e de exclusão social dos usuários.

Outro aspecto preocupante é a inexistência de orientação em relação ao atendimento da crise. Há poucas concordâncias quanto às formas de acolhimento, aos critérios diagnósticos para identificação dos quadros de agudização do sofrimento psíquico e para aferição dos riscos apresentados pelos usuários como suicídio e condutas violentas. Contudo, a maioria dos entrevistados considera o médico como figura indispensável para avaliar a crise e decidir que condutas serão adotadas, indicando a presença de referências próprias ao modelo asilar em que o médico é o protagonista em detrimento do trabalho colaborativo, em equipe.

Portanto, ficou evidente a resposta padronizada diante da crise vivida de maneira tão distinta por cada usuário. Mesmo assim, questionamos se havia, nos serviços, orientação clara de como proceder diante dessas situações. Chegamos à conclusão que as equipes não têm clareza do que deve ser feito, cada uma faz aquilo que é possível no momento, não há nada que estruture o processo de trabalho, desconhecem recomendações básicas em termos de estrutura e de funcionamento adequado dos serviços para atender crise, bem como em termos de contenção mecânica e farmacológica em caso de agitação, de intoxicação, de síndrome de abstinência, de psicoses, de transtornos psicorgânicos, de transtornos de ansiedade e de risco de suicídio. Essa desorientação não parece estar ligada à formação de categorias profissionais específicas ou ao tempo de trabalho, mas emerge como consequência da ausência de uma política contínua de ações coordenadas em diversos níveis, e a fragilidade da rede de atenção que não tem diretrizes claras que orientem o cotidiano das equipes em relação aos recursos, às intervenções, à gestão dos serviços, à hospitalização, à coordenação do cuidado, à atenção às famílias, à inserção comunitária, entre outros.

Esse quadro revela fatores de riscos associados ao processo assistencial local, tal como indicado no *Guía de Seguridaden la Atención a Personascon Trastornos Mentales* organizado pela *Consejería de Sanidad y Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y Leon*, na Espanha. A ausência de protocolos específicos em termos de "evaluación general de riesgos; recogida y traslado seguro de pacientes; garantía de derechos en la hospitalización; evaluación e intervención en pacientes con riesgo de suicídio y autolesiones; atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamentos antisociales; actuación ante pacientes con riesgo de fuga; actuación ante riesgo de accidentes/caídas; consentimiento informado; actuación ante pacientes con mala evolución; observación y

vigilância" (ESPAÑA, 2009, p. 43), são aspectos que interferem na qualidade do processo assistencial.

Apesar das críticas procedentes quanto ao risco de se produzir padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas, de se perder a singularização dos casos e do "traço artesanal" e de criatividade que o trabalho clínico precisa ter – como diz Campos e Amaral (2007, p. 851) ao criticar os protocolos, fluxogramas, entre outros procedimentos estandartizados de gestão – consideramos indispensável o estabelecimento de alguns norteadores ou linhas de cuidado pela necessidade de qualificar a atenção, de adotar modos mais eficientes de utilização dos recursos humanos e materiais e de garantir responsabilização clínica, eficácia e resolução das situações. Assim, esses norteadores podem funcionar como indutores de boas práticas e fatores de proteção, seja na prática clínica, seja na gestão, seja com os usuários. Independente da importância e do potencial de tais protocolos, sua utilização deve estar atrelada a uma preocupação mais ampla quanto aos processos de trabalho. Ou seja, eles devem servir para promover mudanças e capacitação das equipes, criar parâmetros/indicadores para o funcionamento da Raps e possibilitar o diálogo entre os serviços nas diferentes realidades do País.

d. Recursos disponíveis e dificuldades no atendimento da crise

Nos serviços substitutivos, ao serem interrogados a respeito de dificuldades no atendimento da crise, os profissionais apontaram a falta de educação permanente, de supervisão e apoio institucional. Além disso, indicam que a composição das equipes é feita de pessoas que não se identificam e não têm afinidade com o trabalho em saúde mental pelo fato de terem entrado via concurso público para a rede de saúde geral. Nas UPAs, a chegada do usuário em crise gera problemas para o serviço: tumulto nas dependências e, para a própria equipe, é um usuário que requer mais atenção, gerando a necessidade de destacar um profissional para observação constante. É recorrente o discurso de que a UPA não é o local ideal para o atendimento da crise por não contar com um especialista em Psiquiatria, ser carente de recursos materiais como leitos que permitam contenção e de insumos como medicamentos psicotrópicos. Os profissionais destacam a preocupação com a continuidade do cuidado, uma vez que o máximo que o serviço pode realizar é um atendimento paliativo. Nesse ponto, a questão da falta de articulação da rede, seja com os Caps, seja com a atenção primária, é contemplada como a grande dificuldade para a continuidade da atenção e indicam problemas de acessibilidade na Raps:

> Um arranjo de serviço acessível permite que as pessoas não tenham que passar por esperas longas e burocráticas para avaliação e início de seu tratamento. O princípio da acessibilidade também deve garantir acesso a todas as pessoas que necessitem dos serviços, sem

> barreiras seletivas a grupos determinados (por diagnósticos, raça, grau de severidade ou quaisquer outros), além da disponibilidade em oferecer atendimento durante a noite e aos finais de semana (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009, p. 122).

Em relação ao HP, os técnicos julgam que o volume de internações ultrapassa a capacidade de atendimento do hospital, produzindo um descompasso que vem se ampliando continuamente na adequação dos recursos humanos e de materiais para atenção qualificada dessa demanda. As condições insalubres de tratamento são apontadas por todos os entrevistados: pacientes internados em leitos-chão, uso de lençóis rasgados para contenção; no pronto-socorro o número de técnicos é desproporcional ao de usuários (três ou quatro profissionais são responsáveis pelo cuidado de 70 pessoas em intenso sofrimento psíquico); os leitos não contam com aparelhagem requerida aos demais hospitais para o atendimento emergencial de intercorrências clínicas; inexiste local para a acomodação dos acompanhantes, e o pouco e desorganizado espaço dificulta a circulação de técnicos e usuários. Ou seja, o HJM tem a clássica e conhecida arquitetura das instituições totais: baixa iluminação, longos e sujos corredores radiais, janelas gradeadas, poucos espaços individuais.

Os hospitais gerais, por sua vez, indicam como dificuldades a falta de recursos humanos qualificados e de estrutura adequada capaz de prover condições de segurança e de privacidade para os usuários, os técnicos e os familiares acompanhantes. Tais fatores comprometem as condições de segurança requeridas ao acolhimento, ao tratamento e à realização dos procedimentos emergenciais de contenção.

Esses são exemplos claros daquilo que a literatura revela como fatores de risco associados à estrutura e ao funcionamento dos serviços.

> Valoración de los factores ambientales y de equipamiento: carencia, inadecuación del equipamiento, mala conservación y mantenimiento del médio físico donde se lleva a cabo el proceso asistencial:
>
> - Espacio: paredes, suelos, ventanas, puertas etc., con medidas de protección ante caídas, golpes, incendios provocados o fortuitos.
> - Facilidad de acceso: indicadores claros, sin barreras arquitectónicas que desorienten e impidan llegar a su destino de la forma más rápida a los usuarios.
> - Luz: adecuada a la situación para la actividad y orientación de pacientes y trabajadores.

> - Mobiliario: adecuado al espacio y situación, mínimo, confortable y seguro, que no pueda ser utilizado para actuar la hostilidade
> - Instrumental y aparataje adecuados y no potencialmente lesivos, (por ejemplo contenciones mecánicas), así como custodia adecuada de material médico, de limpieza etc. (ESPAÑA, 2009, p. 42).

Apesar do pouco conhecimento de referências quanto à organização do espaço e à adequação da estrutura física para o atendimento da crise entre os entrevistados, técnicos e gestores do hospital universitário, baseados em suas práticas cotidianas, apontaram importantes elementos nesse sentido: evitar o isolamento dos leitos de atenção integral em unidades específicas nos hospitais gerais e atenção redobrada em termos de vidraças, escadarias e objetos perfurocortantes. Em concordância, acredita-se que a integração dos leitos psiquiátricos às demais alas hospitalares pode auxiliar na desconstrução das estigmatizações dos usuários, contribuindo para que o hospital como um todo se torne um espaço de cuidado em saúde mental (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010). Por fim, destacaram o estabelecimento de espaços para acomodação dos acompanhantes. O indicativo da necessidade de locais destinados aos acompanhantes aponta para o reconhecimento da importância dos amigos e dos familiares na corresponsabilização do cuidado, seja na ampliação do processo diagnóstico por meio do fornecimento de informações acerca do contexto social e familiar do usuário, seja na participação das decisões terapêuticas e no acompanhamento do tratamento, em consonância com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), que para tanto propõe dispositivos como a visita aberta e o direito ao acompanhante em espaço hospitalar.

Problemas na qualificação da assistência representam importante desafio para a consecução do acesso e a resolutividade no atendimento da crise. De maneira geral, o conhecimento sobre as diretrizes que orientam a Raps e a experiência prévia no trato clínico das urgências psiquiátricas tende a produzir práticas de atenção voltadas para corresponsabilização dos usuários em crise. Entrevistados que relataram maiores dificuldades no emprego adequado das técnicas de contenção e condução emergencial do tratamento da crise foram aqueles cujas práticas se restringiam ao encaminhamento intransitivo dos usuários para o hospital psiquiátrico.

A inexistência de qualquer programa educação permanente para o diagnóstico e acolhimento da crise faz parte do rol de dificuldades que estorvam a ação das equipes de saúde, sendo frequentes as dúvidas acerca dos critérios clínicos para o diagnóstico e a caracterização dos quadros psicopatológicos sobre etiologia, disfunções decorrentes,

possíveis efeitos comórbidos e prognósticos esperados em função da gravidade dos sintomas identificados. Em outras palavras, os profissionais identificam problemas na realização do diagnóstico clínico e situacional, bem como dos riscos associados à condição do usuário. A essas dúvidas se soma o desconhecimento acerca da legislação que rege a Raps, suas diretrizes e seu financiamento, da disposição e dos modos de funcionamento da rede de saúde SUS como um todo.

Esse quadro tende a minar as estratégias para o manejo da crise, dificultando a adequação terapêutica dos recursos clínicos disponíveis às necessidades de cuidado dos usuários. Conforme descritas por Vasconcelos (2003), tais necessidades não se limitam à atenção aos agravos psíquicos decorrentes dos quadros de agudização psiquiátrica. Os profissionais dos serviços hospitalares precisam estar preparados para intervir nas vulnerabilidades socioeconômicas das quais sofrem a grande maioria dos usuários. Além delas, precisam saber lidar com os conflitos de interesse e vínculos familiares patogênicos, com as consequências iatrogênicas dos longos períodos de internações anteriores e ainda com as limitações cognitivas e comunicacionais induzidas pelo próprio transtorno mental e pelos efeitos colaterais dos psicofármacos.

Ou seja, o manejo terapêutico das situações de crise exige de seus operadores uma revisão sistemática dos enrijecidos saberes e fazeres tradicionais. O elevado e multiforme sofrimento, as graves rupturas nos planos familiar e social e a irredutibilidade da experiência subjetiva a qualquer categoria ou conjunto de sintomas, demonstram o quão complexa é a situação de crise e o quanto devem ser complexos os instrumentos e recursos para respondê-la (COSTA, 2007). De fato, por ser uma ocorrência imprevista de agravo à saúde, cuja intensidade pode oferecer perigo ao usuário, urge uma assistência imediata; todavia, configura-se como um momento particularmente vulnerável, de intensa fragilidade subjetiva, onde as condições de realidade se redistribuem de maneira brutal para o usuário, provocando-lhe a fragmentação de seus sistemas de referência (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Nesse sentido, uma qualificação contínua que englobasse toda essa complexidade no entendimento e no manejo da crise seria de fundamental importância, de modo a contemplar estratégias de intervenção eficazes. Do mesmo modo, a supervisão pode contribuir na orientação desse trabalho e também na escuta e na busca de manejo das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores no atendimento da crise e no estabelecimento de planos de seguimento e articulação com a rede de suporte. Quando não há uma política efetiva que garanta supervisão das equipes e da educação permanente, como acontece na realidade investigada, observa-se uma fragilidade na consecução dos princípios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), a qual prevê a educação permanente dos profissionais da saúde como ferramenta crucial no incremento da qualidade da assistência, imprescindível não apenas pela qualificação e reciclagem profissional, mas do ponto de

vista da valorização e do reconhecimento do trabalhador, assim como de suporte para que possa lidar melhor com a sobrecarga emocional e o desgaste gerado pelo trabalho. Estudo realizado por Sá (2005) com o segmento que atende emergências psiquiátricas observou o processo de trabalho na porta de entrada de um hospital de emergência em grande centro urbano do Brasil sob a ótica dos processos intersubjetivos presentes naquele serviço de saúde. A pesquisa revelou as estratégias defensivas dos trabalhadores para lidar com o sofrimento gerado pela complexidade de tal demanda:

> [...] o trabalho na Porta de Entrada da Emergência representa muitas fontes de sofrimento psíquico para os trabalhadores, como o dilema entre atender as urgências, em caráter estrito, e aliviar outros sofrimentos da população; a pressão para trabalhar mal; o risco de não identificar os casos de risco de vida; o lidar com a violência; e o não reconhecimento do bom trabalho, entre outras. Muitas estratégias de defesa utilizadas contra o sofrimento corroem, aliadas a outros fatores, os espaços para a solidariedade, a cooperação e o cuidado com a vida. Outras, no entanto, indicam que algum grau de ilusão e idealização com relação ao trabalho ainda subsiste e, junto com a busca por reconhecimento, podem abrir algumas brechas para a transformação do cotidiano dos serviços de saúde (SÁ, 2005, p. 8).

Considerações finais

Como referido no início desse trabalho, o atendimento da crise é um analisador privilegiado da capacidade de resposta da Raps às demandas de saúde mental do ponto de vista da oferta e resolutividade, da organização dos serviços, do processo de trabalho, da qualificação das equipes e da educação permanente. A presente pesquisa revelou aspectos preocupantes nesse sentido na realidade do município de Natal. Identificamos em diferentes pontos da Raps problemas referentes aos seguintes níveis:

- estrutura e funcionamento dos serviços, recursos materiais e insumos disponíveis: rede precarizada do ponto de vista do número e da distribuição dos serviços que acolhem crise; problemas de acessibilidade/porta aberta; estrutura física inadequada, carente de equipamentos e de medicamentos; falta de integração dos componentes da Raps entre si, especialmente com os serviços de atenção primária e dispositivos do território de pertencimento do usuário; configuração hospital-centrada;
- composição e qualificação das equipes: reduzido número de profissionais disponíveis para cuidados intensivos, formação inadequada e ausência de

processos de educação permanente visando à qualificação do cuidado e ao suporte ao trabalhador;

- processo de trabalho e gestão: inexistência de linhas claras de cuidado e diretrizes sobre o manejo da crise; ausência de apoio institucional e supervisão do trabalho; sobrecarga de atribuições e falta de corresponsabilização dos diferentes dispositivos no atendimento da crise; centralidade na figura do médico e fragilidade nos processos coletivos de trabalho;
- clínica e continuidade do cuidado: tripé do cuidado é constituído pela contenção, pela medicação e pelo encaminhamento; dificuldades na realização de diagnóstico clínico e situacional, bem como dos riscos associados; ausência de planos de ação e tratamento imediato, assim como de seguimento articulado com a rede sociossanitária e familiar; falta de orientação às famílias sobre crise, cuidados e direitos dos usuários.

Dessa forma, consideramos que há pontos de estrangulamento na Raps que impactam no atendimento da crise e indicam problemas na sua capacidade de resposta. Iniciativas em curso em outras realidades revelam que é preciso investir em estratégias que fortaleçam a aliança e o vínculo terapêutico, fundamentais para a prevenção de recaídas e reinternação. Nessa direção, os leitos em hospitais gerais, as instâncias de hospitalização breve que acolhem pequenos grupos, a articulação com os serviços de atenção primária para o manejo, detecção precoce e constituição da rede de suporte comunitário, o atendimento domiciliar e apoio intensivo à crise, são estratégias que podem impactar, não só nos processos de acolhimento e cuidado do usuário, mas nos trabalhadores e familiares, reduzindo a sobrecarga e ampliando a corresponsabilização. Isso nos leva a concluir que Natal não apresenta, no momento,

> [...] capacidade de responder às situações de crise e demandas emergenciais – dependente de uma boa articulação da SM com os demais serviços de saúde, especialmente de urgência e emergência e a presença efetiva de leitos de atenção integral em saúde mental (LAISM – Caps III, HG, emergência em HG) – além de integração eficaz com rede de suporte social (BRASIL, 2009, p. 25).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

______. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, 2006.

______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 15 nov. 2012.

______. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: acesso, eqüidade, qualidade: desafios para consolidar a mudança do modelo: relatório de gestão 2008. Brasília, 2009.

______. Ministério da Saúde**. Saúde mental no SUS:** as novas fronteiras da reforma psiquiátrica: relatório de Gestão 20072010. Brasília, 2011.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100020&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 849-859, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2012.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Archivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/38/54>. Acesso em: 15 nov. 2012.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2004. p. 161-194.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 115-140.

ESPAÑA. COMUNIDAD DE MADRID. Consejería de Servicios Sociales. **Plan de Atención social a personas com enfermedad mental grave y crónica**: 2003-2007. Madrid, 2007. Disponível em: <http://www.mancomunidad-tham.es/fileadmin/PDF/pdf39.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

______. JUNTA DE CASTILLA Y LEON. Consejería de Sanidad. **Guia de Seguridad em la atención a personas com transtornos mentales**. Castilla y León, 2009. Disponível em: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/bibliotecaonline/publicaciones-consejeria/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales>. Acesso em: 15 nov. 2012

______. JUNTA DE EXTREMADURA. Consejería de Sanidad y Consumo. **Protocolo de atención y traslado de la urgencia en salud mental**. Castilla y León, 2005. Disponível em: <http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/Protocolo_de_Atencion_y_Traslado_a_la_Urgencia.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012

FERIGATO, S.; ONOKO-CAMPOS, R.; BALLARIN, M. L. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/atendimento_Crise_saude_mental.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012

JARDIM, K. A crise na rede: o Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 150-160, 2008.

______; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 24, 105-125, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 set. 2012.

LUIZ, R. R.; BAHIA, L. Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2012.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 118-125, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v20n2/08.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

MENDES, E. V. Como redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&tlng=PT>. Acesso em: 15 nov. 2010.

______. **Modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, maio/ago. 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada**. Ginebra, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída**: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: carga e desafios atuais. Porto Alegre: The Lancet, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, 1117-1126, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 set. 2012.

SOUZA, P. J. C. **Serviço de urgência psiquiátrica de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/Servico_de_Urgencia_Psiquiatrica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

Deficiência Intelectual e Saúde Mental: Quando a Fronteira Vira Território[1]

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus[2]

Rosana Teresa Onocko Campos[3]

Artigo

Resumo

O presente artigo propõe o destaque da interface entre os campos deficiência intelectual (DI) e saúde mental (SM), ainda subestimado no Brasil, mas que vem se constituindo internacionalmente como objeto de investigações dada a prevalência do chamado Diagnóstico *Dual*, qual seja, a significativa ocorrência de problemas de saúde mental nas pessoas com DI. Situando-se na perspectiva da pesquisa qualitativa e participativa, a partir da Hermenêutica Filosófica, resgataram-se as tradições teóricas constitutivas desses dois campos, SM e DI, bem como a recente produção sobre suas intersecções e, a partir do diálogo dos achados entre a revisão da literatura e as experiências de profissionais e gestores de serviços de atenção psicossocial, buscou-se compreender como tem se dado esta interface no cotidiano dos serviços, a fim de contribuir com a qualificação das ações e da construção de políticas públicas. Análises preliminares apontam a relevância da problematização da temática para a superação da histórica institucionalização das pessoas com DI.

Palavras-chave:

Deficiência intelectual. Saúde mental. Diagnóstico dual. Política pública.

[1] O texto foi publicado originalmente na Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 3, n. 2, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/43066>.

[2] Universidade de Campinas – São Paulo – Brasil <lucianatogni@hotmail.com>.

[3] Universidade de Campinas – São Paulo – Brasil <rosanaoc@mpc.com.br>.

E da experiência nascem as indagações

> S, 24 anos, chegou ao Caps acompanhada da irmã, para submeter-se a uma triagem. Foi encaminhada ao serviço após ter seu pedido de internação recusado em um hospital psiquiátrico, efeito da reformulação da assistência em saúde mental da cidade de Campinas. S. tinha em sua história uma única tentativa (frustrada) de vinculação a uma entidade para pessoas com deficiência intelectual, e dezenas de internações; tendo, na última delas, sido abandonada pelo pai. A irmã, sensibilizada, levou-a para sua casa, mas já não conseguia negociar com marido e filha, a perturbadora presença de S. em suas vidas. Durante os minutos em que aguardava no Caps, sentada no chão, emitia grunhidos, rasgava revistas e sujava de fezes as paredes do banheiro... A triagem ainda não havia sido realizada, mas o veredito já havia sido dado por profissionais e usuários: ali não era o seu lugar...

Após vivenciar intensamente os desafios da reorganização do modelo de assistência em saúde mental na cidade de Campinas/SP, atuando como profissional, gestora local e pesquisadora; vivenciando ainda a gestão de entidade que apoia pessoas com deficiência intelectual, surge uma questão: em contextos que avançaram na Reforma Psiquiátrica, qual é o lugar que tem sido possibilitado (e com qual intenção) às pessoas com importantes limitações cognitivas e significativas repercussões subjetivas?

Como uma demanda inadequada aos serviços de saúde mental, aparentemente paralela, mas com certa constância, pessoas com deficiência intelectual (PCDI) chegam até a saúde mental. Quase nunca com queixas próprias, senão inferidas por outrem, levantando timidamente as questões: estariam apresentando sintomas? Seriam alterações de comportamento próprias à deficiência? Estariam sem a assistência adequada? Teriam associado algum transtorno mental? Estariam ainda esquecidas por detrás dos muros dos manicômios?

Esses dois campos, deficiência intelectual (DI) e saúde mental (SM), apesar de compartilharem da mesma origem histórica, situados lado a lado na luta pela defesa dos direitos humanos, com sua população foco enclausurada pelos mesmos muros, acabaram por seguir rumos próprios. A SM, constituída sob os preceitos da desinstitucionalização e da superação do modelo hospitalocêntrico, vem se firmando por meio da Política Pública de Saúde, a partir de importantes reformulações no campo conceitual, clínico e ético-político (AMARANTE, 2000) e viabilizando-se a partir de um aparato legal que orienta a reorganização de uma rede de serviços[4] sensíveis a sua demanda clínica, que inclui, no espectro de sua responsabilidade, ações de âmbito comunitário e social.

[4] Incluem-se aqui os Caps, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Iniciativas de Geração de Renda, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral etc.

No Brasil, apesar do longo caminho percorrido, e talvez somente a partir dele, percebe-se que ainda há muito a se construir na articulação de políticas intersetoriais – não por acaso, tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental de 2010. Para a sustentação de processos efetivos de inclusão social certamente urge a extrapolação do campo da saúde para superar alguns desafios: para além dos Serviços Residenciais Terapêuticos, favorecer que as pessoas com transtornos mentais graves consigam acessar a política pública de habitação; ampliar o acesso e a sustentação da permanência nos espaços de educação – tanto das crianças, como de jovens e adultos; estabelecer parcerias efetivas com a rede de serviços socioassistenciais; ampliar iniciativas de geração de renda e economia solidária, bem como avaliar novas possibilidades de produzir a emancipação dos usuários e fomentar relações mais solidárias no trabalho; ampliar e resgatar o movimento de organização de usuários e famílias.

Na Pesquisa Avaliativa dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) de Campinas/SP (CAMPOS, 2008; SURJUS, 2007; FIGUEIREDO et al., 2008) evidenciou-se a exclusão dos usuários ao que se refere ao acesso a direitos fundamentais. Dos usuários em acompanhamento nos Caps naquele momento, 53% não tinham concluído o ensino fundamental, 65% não estavam inseridos em modalidade do mercado de trabalho e 86% tinham fonte de renda vinculada à aposentadoria, ao auxílio doença ou ao benefício previdenciário. Os referidos estudos não investigaram as condições de moradia dos usuários. Outro achado ainda da referida pesquisa foi o reconhecimento nos Caps de alto percentual de PCDI, inseridas a partir de comorbidades psiquiátricas e/ou da profunda falta de outras ofertas mais adequadas.

Todavia, a expansão da rede de Caps, "carro-chefe" da mudança de paradigma da Política de Saúde Mental, recebe o mandato, na prática, de articular todas as demandas no campo da Saúde Mental. Ademais, apesar de não reconhecidas como demanda adequada à estruturação dos serviços, as PCDI já configuravam, naquele momento, o terceiro maior percentual da população atendida, por categorias diagnósticas, perfazendo um total de 8% (SURJUS, 2007; FIGUEIREDO et al., 2008).

Voltando-nos para o campo político e teórico constitutivo da DI reconhecemo-lo oriundo de recentes reformulações conceituais, incluindo da própria nomenclatura (SASSAKI, 2005). Oficialmente utilizado em 1995 pela ONU, o termo Deficiência Intelectual tem sido preferencialmente utilizado haja vista a maior apropriação, referindo-se ao funcionamento do intelecto especificamente e também com o objetivo de diferenciação dos transtornos mentais, delimitando como diferentes territórios e reforçando a deficiência como condição que deve preferencialmente ser abordada a partir da verificação de apoios necessários e de transformações de seu entorno, para garantir sua inclusão social.

A noção de incapacidade tem sido amplamente reconhecida como um produto social, o que ganha perspectiva na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2001), instrumento complementar à CID-10 que, para além de uma perspectiva médica, inclui a societária e ambiental.

> Anteriormente también se entendía por discapacidad intelectual la falta de habilidades para funcionar en el día a día y que su origen estaba en el bajo funcionamiento intelectual. Hoy la concepción es más amplia, entendiendo que la discapacidad intelectual indica la existencia de áreas en las que la persona necesita apoyos. Así, si una persona tiene dificultades para sumar, se le puede prestar el apoyo de una calculadora y así mejorar su funcionamiento. Esta nueva visión hace que la discapacidad intelectual no sea un diagnóstico determinista, sino una puerta para ofrecer los apoyos necesarios y mejorar así la calidad de vida (MATEOS, 2003, p. 13).

A área da DI, portanto, constituiu-se a partir da luta das pessoas com deficiência, em um esforço para superação do modelo médico e na busca pela operacionalização de um modelo biopsicossocial, que considere as pessoas com deficiência dotadas de capacidades e de incapacidades e da necessidade da provisão de apoios que garantam sua participação social. Tal prerrogativa é legitimada pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (RESENDE; VITAL, 2008), que ganha no Brasil força de emenda constitucional.

Segundo dados do censo populacional de 2010, estima-se que quase 3 milhões de brasileiros (1,4% da população) tenham deficiência intelectual, sendo seu referenciamento assistencial quase que totalmente restrito a instituições de caráter filantrópico, constituindo inegável o protagonismo delas nos avanços de diferentes políticas públicas. Podemos citar como exemplo a reestruturação da política de educação – inicialmente especial e mais recentemente inclusiva; na legislação trabalhista por meio da Lei de Cotas (BRASIL, 1991) no mercado formal de trabalho, o direito ao atendimento preferencial (BRASIL, 2000), a garantia de benefícios previdenciários e a serviços específicos da assistência social (BRASIL, 2009), como Centros Dia e Residências Inclusivas. Percebe-se, porém, que não houve na mesma dimensão avanços na formulação da política pública de saúde, gerando uma ideia falseada de um campo "inclusivo".

A prática cotidiana dos serviços mobilizava a seguinte questão: será que a separação histórica entre as redes assistenciais em saúde mental e em deficiência intelectual, acabou por minimizar ou mesmo negligenciar necessidades de saúde desta população?

Apesar do reconhecimento de inúmeras dificuldades para se estabelecer critérios fidedignos para estudos epidemiológicos sobre a prevalência e a incidência dos transtornos mentais em PCDI, a literatura internacional estima que cerca de 40% destas têm associados diagnósticos de transtornos mentais e/ou comportamentais (SALVADOR et al., 2000; COWLEY, 2004; COOPER et al., 2007; SMILEY, 2007; MARTORELL et al., 2008; FLETCHER, 2009).

Não se trata aqui de negar a especificidade dos fenômenos em questão, nem de reconduzir a deficiência intelectual ao estatuto de doença, mas de reconhecer que o desafio da inclusão social depende também de lhes garantir o direito à saúde e à prevenção de agravos, e que o impacto dos problemas de SM pode reduzir significativamente a possibilidade de inclusão social das PCDI, questão que talvez estejamos subestimando.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi investigar a relevância da problematização da DI no campo da SM por meio da revisão da literatura relativa ao tema, do mapeamento da rede de serviços de referência para PCDI e da compreensão de como profissionais e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial concebem esta interface nos seus serviços. Esperamos, assim, contribuir para a formulação e a qualificação de políticas públicas vigentes.

Como fizemos

Para Gadamer (1997) mais que uma metodologia, a hermenêutica é uma postura filosófica. Um modo de construção de conhecimento que reconhece a historicidade do pesquisador e o destaque do objeto de estudo a partir da fusão de horizontes – passado-presente – na busca pelas respostas a questões atuais, não compreendidas. Nessa perspectiva, o momento do destaque do objeto – sem recorrer ao habitual "recorte", poderia possibilitar sua compreensão sem negar seu contexto de produção (CAMPO; FURTADO, 2006), além de conter seu próprio princípio de aplicação.

De acordo com o autor, as questões emergem de uma história efeitual – história que faz efeito no pesquisador histórico, a partir da qual o objeto se destaca e produz sentido a partir de recorrer às tradições que se ocuparam de semelhantes questões. Encontramos, portanto, no recurso às tradições a possibilidade de efetivação do círculo de compreensão hermenêutico, no qual pré-concepções podem então ser revisitadas e o objeto destacado não se distancia das suas condições de produção (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nosso esforço hermenêutico, portanto, inicia-se a partir de nosso reconhecimento de pertença à tradição da saúde mental pública brasileira e da transformação de nossas pré-concepções – o único ponto de partida possível para compreensão em Gadamer – em questões. Ao refletir a importância das tradições, Gadamer (1997) alerta-nos ao fato de que as tradições falam sempre em múltiplas vozes, o que nos imporia o desafio de estarmos atentos às vozes mais fracas, silenciadas e apagadas na história (CAMPOS; FURTADO,

2008). Não obstante, mover-se por uma questão inicial, o retorno às tradições que se preocuparam com questões semelhantes deveria, em nosso caso, portanto, considerar e fazer dialogar as produções científicas atuais, as construções de outros setores considerados "não científicos" e a experiência de quem cotidianamente se envolve com a temática em questão.

A pesquisa tomou como campo os municípios que dispõem de Centros de Atenção Psicossocial tipo III (funcionamento 24 horas) no Estado de São Paulo. Ressalta-se que São Paulo é a unidade federativa com o maior número de Caps III no Brasil, o que consiste que o campo abarcou mais de um terço dos serviços deste tipo no País.

O encontro proposto efetivou-se a partir da realização de um Curso de Avaliação de Serviços de Saúde Mental, sendo a Deficiência Intelectual um dos temas propostos para a problematização e a construção de indicadores de avaliação dos Caps. A revisão da literatura foi apresentada a partir de exposição sobre o tema, posteriormente colocada em diálogo com o compartilhamento de experiência entre os participantes a respeito da temática.

Sendo um dos eixos priorizados no curso realizado, o tema da DI foi tratado a partir da metodologia proposta, incluindo atividade de imersão, que consistia na identificação da rede de atenção às PCDI na região de abrangência dos serviços, a visitação de uma das instituições e a realização de análise crítica sobre a inserção de PCDI nos Caps. Tal atividade produziu um mapeamento preliminar acerca das instituições designadas para atendimento, nas regiões envolvidas no curso.

O que colhemos no caminho

Cabe ressaltar a dificuldade em mobilizar os alunos do curso em se empenharem, especialmente com atividade relacionada a esta temática, em uma postura inicial de estranhamento e de distanciamento desta perspectiva em sua prática. Entretanto, percebeu-se que a estratégia da composição entre atividades de dispersão, atualização teórica e análise participativa produziram uma primeira desterritorialização nas certezas de que o tema não era questão para saúde mental.

O mapeamento das instituições explicita uma oferta de serviços composta em sua totalidade por instituições de caráter filantrópico e pouco variada. Dos 43 serviços identificados em 28 cidades, 25 são Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae); 2 outras associações semelhantes, mas referentes ao autismo e à síndrome de Down; 6 são escolas especializadas; 1 desenvolve exclusivamente ações para inclusão no mercado formal de trabalho. As demais se referem ao acolhimento institucional ou às instituições de longa permanência, como no caso da única instituição pública presente no mapeamento.

O compartilhamento dessa experiência de ida ao campo se deu a partir da análise coletiva e participativa dos achados, e evidenciou a lacuna de diretrizes políticas para o atendimento a esta população, gerando um cenário fragmentado, de poucas articulações e intercâmbios, bem como a ausência de serviços públicos. A questão dos problemas de saúde mental foi por vezes apontada como critério de exclusão ao acesso a algumas das instituições identificadas, e fator de inúmeras dúvidas em relação a sua inclusão nos serviços de saúde mental.

A descrição dos casos que chegam aos Caps evidencia que muitas das PCDI têm a internação em hospitais psiquiátricos como primeira oferta no campo da saúde mental, invertendo todo o histórico processo da Reforma Psiquiátrica, onde a internação é recurso último a ser acionado, e prioritariamente em hospitais gerais. Mais recentemente, alguns referenciamentos derivam de encaminhamentos a partir dos Caps infantojuvenis.

Quanto aos principais diagnósticos que levam ao encaminhamento aos Caps, são apontados quadros psicóticos e transtornos de personalidade, em sua maioria já em uso de psicofármacos associados. Os profissionais relatam inúmeras situações de agravamento como a falta total de suporte para as famílias, a completa exclusão das possibilidades de convívio social, a recorrência de abuso e alta vulnerabilidade social, culminando em comportamentos de agressividade intensa e hipersexualidade.

Muitas são as dificuldades descritas pelos profissionais no que se refere ao atendimento das PCDI nos Caps. Não há consenso sobre o entendimento deste serviço como referência para esta população, tendo em muitas situações o diagnóstico da DI como fator impeditivo ao reconhecimento do adoecimento psíquico. Antes mesmo do acolhimento à demanda é comum que a recepção dessa população nos Caps se restrinja aos esforços para identificar uma instituição especializada para onde encaminhar. Entretanto, impera o consenso do risco iminente à institucionalização quando esta população adentra os hospitais psiquiátricos.

O manejo adequado apresenta-se como um desafio, reconhecendo certa limitação na compreensão para além das características estereotipadas de uma pessoa com DI, ou para além de sintomas. A sobreposição dos diagnósticos parece encobrir quase que totalmente o sujeito que deveria/poderia emergir.

Fez-se presente nestas discussões o fato de que muitos dos usuários que permanecem no Caps, nos espaços de convívio, sem grandes investimentos para construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (BRASIL, 2008), são pessoas com DI. Esta problematização não parece ser presente nos espaços de discussão da equipe. Da mesma forma, a condição "dual" parece produzir nos serviços estratégias ora confusas ora desresponsabilizadas: a disponibilidade de ambas as redes, tanto para PCDI, quanto para as questões de SM, parece fechar-se quando da ocorrência dos dois fenômenos simultaneamente. Entre as situações

descritas, revela-se muitas vezes o desligamento da instituição de referência para pessoas com DI quando eclode o adoecimento psíquico.

Já nos Caps, todos eles referência para população prioritariamente de adultos, mantém-se a expectativa de que a parceria com as instituições para pessoas com DI reproduzissem o já superado ciclo fisioterapia/terapia ocupacional/fonoaudiologia ao longo de toda a vida, tecnologias que comumente compõem as abordagens de estimulação precoce e, posteriormente, empregadas diante de necessidades específicas.

Perspectivas

Inúmeras dúvidas puderam fazer transitar as questões sobre o que o Caps poderia ofertar – entre as tecnologias disponíveis e as necessárias criações para corresponder ao desconhecido, alcançando certa possibilidade de refletir sobre o que as pessoas com DI poderiam oferecer para a construção de seus próprios PTS. Revisitando as práticas psicossociais, muitos profissionais puderam reconhecer que as abordagens às pessoas com DI se aproximam dos pressupostos de uma clínica de domínio deles, operando para produzir ampliação dos coeficientes de autonomia (CAMPOS; CAMPOS, 2006), com vistas à inclusão social.

A discussão sistemática dos casos em reuniões multiprofissionais e interdisciplinares, a organização de equipes de referência, o recurso do apoio matricial especializado (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2008) entre diferentes redes e a composição de Projetos Terapêuticos Singulares intersetoriais, que compõem o desafio cotidiano nestes serviços, ressignificam-se na especificidade de cada um que ali se insere.

A própria função dos Caps é convocada às discussões em sua concepção de serviço articulador de redes de atenção em uma lógica substitutiva ao modelo asilar e sua dificuldade na superação de tomar "casos" para si. Neste aspecto, a lacuna assistencial de serviços de referência para DI, como também a articulação frágil entre SM e serviços existentes, aumentam a insegurança dos Caps em fazer diante das demandas, integralmente e sem parceiros. Dessa forma, externa-se a preocupação de que o Caps não reproduza cronificação, respondendo ao mandato social de encarcerar a diferença.

Foram apresentadas por alguns serviços estratégias que são lançadas no sentido da aproximação para melhor qualificação das necessidades e das respostas a elas. Grupos específicos para pessoas com DI nos Caps, avaliações dos ganhos relacionais a partir da inserção no serviço, o cuidado às famílias e a problematização do que se espera como melhora, tem efetivado um novo olhar, mais inclusivo, que reconhece demandas legítimas e intervenções efetivas. Essa mudança de postura tem possibilitado, ao revés, começar a contar também com as instituições para DI na composição de projetos de egressos de hospitais psiquiátricos, moradores dos SRT, prática anteriormente sequer considerada.

A exemplo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que preconiza a promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência e a assistência integral à saúde, entre outros princípios, começam a ser descritas algumas experiências exitosas de atendimento de pessoas com DI nas Unidades Básicas de Saúde, e a potência dos Centros de Convivência ao abrir-se para toda a comunidade, em se constituir como uma importante porta de acesso à saúde para populações em situação de vulnerabilidade.

Na tocante qualificação da assistência às PCDI atendidas nos Caps, proposições surgiram no sentido de promover atenção especial para os casos de DI que chegam aos serviços, ao cuidado e à prevenção ao prejuízo cognitivo dos usuários dos Caps, e a necessária articulação com a rede de atenção em DI.

De acordo com o caminho metodológico proposto, faz-se necessário revisitar as questões que motivaram a produção deste artigo, concluindo provisoriamente algumas inquietações que certamente produzem novas questões.

Parece-nos, neste momento, mais seguro afirmar que, embora persistindo muitos entraves no processo de diagnóstico de TM, as PCDI convivem com o acúmulo de fatores de risco ao desenvolvimento desse adoecimento. Todas as vozes tomadas pela pesquisa parecem convergir para os limites aos processos de inclusão das PCDI, agravados pela ocorrência de TM, o que se traduz muitas vezes pela negligência de suporte dos serviços tanto da rede de apoio à pessoa com deficiência quanto da rede de saúde mental.

No Brasil, embora coexistam políticas públicas dos dois campos em questão, parece não ocorrer a problematização a respeito das dificuldades de saúde mental da população com DD em nenhuma delas, ainda que dois censos de moradores de hospitais psiquiátricos alertam ao possível e silencioso destino (GOMES et al., 2002; BARROS; BICHAFF, 2008).

Cabe evidenciar, contudo, esforços recentes na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do estabelecimento de Redes de Atenção, normatizadas pelo Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e reafirmadas no Plano Nacional de Saúde (2011 a 2014), que traz como desafio a ampliação do acesso e da qualidade da atenção em todo o SUS. Também parece historicamente oportuna a proposição, entre as redes priorizadas em sua implantação, a presença da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) e de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012).

Reafirmamos, portanto, a necessidade de abertura de pontos de diálogo entre gestores e profissionais das redes em questão, sensibilizando-as para a construção de qualificação do acesso e da atenção às PCDI, como também de ações preventivas. Silenciar essa problematização pode significar a ampliação da histórica segregação como resposta primeira aos cenários de desassistência e negligência.

Referências

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.). **Desafios para a desinstitucionalização**: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo/São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 4 maio 2013.

______. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000**. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm>. Acesso em: 4 maio 2013.

______. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, 2008.

______. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS nº 109, de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras/documentos/Tipificacao%20Nacional%20de%20Servicos%20Socioassistenciais.pdf>. Acesso em: 4 maio 2013.

______. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 4 maio 2013.

______. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 4 maio 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

______. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, R. O. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008.

______; CAMPOS G. S. W. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: ______ et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 669-688.

COOPER, S. et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 190, p. 27-35, 2007.

COWLEY, A. et al. Descriptive psycopathology in people with mental retardation. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 192, p. 232-237, 2004.

FIGUEIREDO, M. D. et al. Uma análise complementar do perfil dos CAPS do Município de Campinas. In: CAMPOS, R. O. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

FLETCHER, R. J. Clinical usefulness of diagnostic manual-intellectual disability for mental disorders in persons with intellectual disability: results from a brief field survey. **Journal Clinical of Psychiatry**, Memphis, Tenn., v. 70, n. 7, p. 967-974, jun. 2009.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

______; CAMPOS, R. O. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: CAMPOS, R. O. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GOMES, M. P. C et al. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1803-1807, nov/dez, 2002.

MARTORELL, A. et al. Identification of personal factors that determine work outcome for adults with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Reserch**, Oxford, Inglaterra, v. 52, n. 12, p. 1091-1101, 2008.

MATEOS, J. L. A. et al. **Discapacidad intelectual y salud mental**: guía práctica. Madrid: FEAPS, 2003.

MOSS, S. et al. Validity of the PAS-ADD for detecting psychiatric symptoms in adults with learning disability: mental retardation. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, DE, v. 32, 344–354, 1997.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. (Coord.). **A convenção sobre direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

SALVADOR-CARULLA, L. et al. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Reserch**, Oxford, Inglaterra, v. 44, n. 2, p. 147-154, 2000.

SASSAKI, R. K. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual? Doença mental ou transtorno mental? **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo, SP, v. 9, n. 43, p. 9-10, 2005.

SMILEY E. et al. Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. Prospective study. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 191, p. 313-319, 2007.

SURJUS, L. T. L. S. Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS de Campinas. 2007. 133 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Internacional classification of functioning, disability and health**: ICF. Washington, 2001.

Parte 3 – Experiências em Debate

Reportagem 2 – Mobilização e Luta pelos Direitos dos Usuários

Mariella Oliveira

Conheça iniciativas de mobilização social que agregam usuários, trabalhadores e gestores em saúde mental

Um elo entre os usuários e os gestores para reivindicar melhorias e direitos dos usuários de saúde mental. Assim se define a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas/RS, dirigida e organizada apenas por usuários do município. E sem improvisos! A associação tem estatuto, Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) e 120 sócios, entre usuários ligados aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da cidade e seus familiares que, quando podem, contribuem com uma mensalidade de R$ 2,00 para ajudar nos custos, pagos também com a venda de botons, canetas e outros materiais revendidos na feira livre da cidade, aos domingos, por seus associados. “A ideia surgiu há 11 anos para reivindicar os direitos dos usuários que, à época, sofriam com a falta de médicos e medicamentos”, afirma o atual presidente da associação, o aposentado da Marinha do Rio de Janeiro Ivon Fernandes Lopes. Ele buscou apoio no Caps Zona Norte em 2002 e de lá pra cá, foram 19 internações, que não o impediram de terminar o segundo grau e hoje, cursar filosofia da Universidade Federal de Pelotas. Sua filha, Paula Lopes, com outros familiares, apoia as atividades da associação e reconhece que tinha preconceito de conviver com os usuários, mas a partir da recuperação e da mobilização dos companheiros do pai, ela aproximou--se do serviço. “O Caps fez com que ele se sentisse mais útil, deu mais sentido à vida”, diz.

Os participantes da associação são responsáveis pelo programa “Gente como a Gente”, na rádio comunitária Comunidade 104 FM <www.radiocom.org.br>, que vai ao ar todos os sábados, ao vivo de 13h30min as 15h. Com uma programação variada, os participantes selecionam as canções, fazem a produção e a locução do programa. O aposentado Otávio Peixoto é vice-presidente da Associação e jornalista. “Com o programa de rádio, volto a exercer o que sempre gostei de fazer” afirma ele, há três anos no Caps.

“Entrar no Caps foi uma mudança radical e me fez líder na saúde mental. Hoje tenho vida própria, amizades saudáveis, uns ajudam os outros na nossa reintegração social e somos organizados, como movimento social”, afirma Vanilda Silva, há oito anos no Caps escola. A vida agitada dos participantes da associação inclui também eventos de dança, participação em coral e no desfile das escolas de samba da cidade no carnaval de 2013, no bloco integração, saúde, educação, formado por técnicos e funcionários das secretarias de saúde e da educação do município de Pelotas. Atualmente, a cidade possui oito Caps (ad e i) e um Caps II, mas a associação luta ainda por mais leitos hospitalares, para que possam se tratar sem ter que sair da cidade, que hoje possui apenas seis leitos no Hospital Eduardo Cortez destinados a usuários de saúde mental.

Os membros da associação acampam todos os anos no Mental Tchê, em São Lourenço do Sul, onde vendem seus produtos e participam das discussões. Em 2013, a 8ª edição[1] do

evento reuniu 3 mil usuários, familiares, estudantes, residentes, profissionais e interessados na área de saúde mental de todo o Rio Grande do Sul com o tema "Cuidar ou prender". Durante o evento, foram coletadas assinaturas contra projetos de lei que preveem a internação compulsória dos usuários de saúde mental.

A cidade de São Lourenço do Sul é pioneira no País na atenção psicossocial comunitária, e o Mental Tchê acontece desde 2005, em data próxima ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio). Essa reunião de "mentaleiros", que é como se intitulam os militantes na área de saúde mental, começou com uma iniciativa do psiquiatra Flávio Resmini, à época na gestão da saúde mental no município. Segundo ele, o que foi pensado como uma reunião para 50 pessoas se tornou um evento de mil participantes, dada a mobilização em torno do tema. De lá pra cá, o Mental Tchê tornou-se parte do calendário oficial da cidade e é referência de mobilização, não só para o Estado do Rio Grande do Sul, mas para o Brasil, baseado na intolerância aos manicômios. "O Mental Tchê é um caldo de cultura que mantém viva a ideia de uma sociedade sem manicômios e busca mobilização para garantir que a Reforma Psiquiátrica e tudo que conquistamos lá não seja abalada por movimentos individuais", afirma Resmini. Ele critica os profissionais de saúde e os militantes dos movimentos sociais em saúde mental que, após a promulgação das leis, isolaram-se em seus serviços e deram brechas ao surgimento de projetos de lei na esfera federal e também em estados e municípios como o das internações compulsórias que retrocedem à legislação atual em saúde mental.

A psicóloga, psicanalista e sanitarista Sandra Fagundes trabalha há 33 anos com a saúde mental e também avalia que, de fato, os movimentos sociais no Brasil perderam a vitalidade. "Nosso movimento social se manteve na mobilização, com poucos na gestão e um número ainda menor no legislativo. No Rio Grande do Sul, nosso movimento de saúde mental coletiva surgiu de uma geração de pessoas em movimentos de saúde coletiva, que disputam hoje espaços de gestão no executivo e no legislativo. Mas no Brasil, de modo geral, nossos companheiros de saúde mental ocupam-se mais das atividades de pesquisa e assistência", afirma ela. Como gestora, Fagundes tenta direcionar as atividades e os recursos para responder às necessidades dos usuários, sem tutelar, mas apoiando os movimentos sociais que, segundo ela, têm uma sensibilidade orgânica e são orientadores para a tomada de decisão. "Eles são o controle social para quem está na gestão e mostram ao gestor como é a vida, as realidades que necessitam de suporte e logística para suas lutas" Os movimentos sociais têm uma sensibilidade e são orientadores para a tomada de decisão. "O Mental Tchê, por exemplo, é um marcador da Reforma Psiquiátrica no estado, com maior quantidade de participação dos usuários e lugar de formação", disse. Concorda com ela a responsável pela saúde mental na Secretaria de Estado de Saúde (SES-RS) Károl Veiga, "São os movimentos que fazem as provocações precisas a nós gestores, que apoiamos os movimentos, mas não interferimos em sua pauta," diz.

A pesquisadora da Universidade Federal de Santa Maria, Rita Barcelos, alerta que os movimentos sociais precisam ser mais críticos e buscar soluções inovadoras. "A Reforma Psiquiátrica teve início no passado, com propostas importantes, mas é preciso pensar algo novo, sem ficar nas fórmulas prontas escritas há anos. É preciso contato com a realidade. Hoje as pessoas falam com orgulho fizemos X atendimentos – quando na verdade não deveriam ter feito nenhum! É preciso que os usuários pensem suas condições, isso gerou a reforma, precisamos sair da zona de conforto. Pra que cardápio de atividades se o que muda é o projeto terapêutico singular, único para cada pessoa? Dá mais trabalho, claro, mas produz muito mais efeitos e mais subjetividade. Os usuários precisam se perceber sendo sujeitos de direitos, sem infantilizarem-se. Os Caps não podem ficar ensimesmados, mas produzir vida fora dali, não pode ser um oásis," alerta.

Orgulho louco

Outra iniciativa de mobilização social no interior do Rio Grande do Sul também ganha importância nacional. A cidade de Alegrete, a 497 km da capital, realiza, há três anos, a Parada Gaúcha do Orgulho Louco, sempre em data próxima ao dia 10 de outubro, quando se celebra o Dia Mundial de Saúde Mental.

Esta parada foi criada por solicitação dos usuários de saúde mental, que mesmo após a Reforma Psiquiátrica sentiam muito preconceito da sociedade. "As pessoas identificavam o sofredor psíquico como alguém que deveria ser trancado, os Caps eram associados a algo negativo e era fundamental trazer outros aspectos, como o da criatividade, solidariedade, colocando as diferenças na rua", afirmou a vereadora e psicóloga Judete Ferrari. E o que não falta é criatividade na programação, que contempla o conceito ampliado de rede de saúde, com feira de artesanato e de produtos coloniais produzidos nos serviços de saúde mental, o Livro Livre, com distribuição de livros em lugares públicos para que as pessoas levem para casa, leiam e depois devolvam, o palco artístico-cultural para estimular a produção de canto, dança, música pelos usuários e também da rede ampliada.

Com crescimento exponencial, a primeira edição teve público de 3 mil pessoas, e ano passado 5 mil. A expectativa para 2013 é colocar 7 mil pessoas nas ruas de Alegrete, em prol da saúde mental. O desfile conta com mais de 70 instituições parceiras. Ano passado, um concurso de fotos da parada via celulares premiou o melhor retrato da parada, por voto popular, e boa parte das fotos inscritas estampam hoje postais, canecas, aventais e outros suvenires da parada. E em 2012, a parada teve ainda um colorido especial dado pelas cartolas produzidas em escolas e outras instituições parceiras na Oficina de Chapeleiros Loucos. "Desde que começamos a parada, algo mudou. Os usuários se sentem mais empoderados. Fizemos inclusive a formação para que possam coordenar os grupos de ajuda mútua, que são espaços de troca de experiências entre os usuários de saúde mental,"

disse. Mas não são só os usuários que desfilam, pois há espaço para todas as instituições parceiras trazerem não só seus participantes, mas também produzirem um mascote que simbolize a inclusão dos usuários.

A Parada do Orgulho Louco não se restringe apenas a Alegrete, antes dela acontecem as paradinhas, nos municípios do interior do estado, em preparação à Parada. A organização do evento acontece de abril a outubro, com um colegiado semanal de instituições de saúde, de educação, de cultura e de meio ambiente. "A parada tira a ideia das pessoas de que se faz saúde mental só dentro das estruturas de saúde. Quando convocamos outros setores dizemos que todo o coletivo pode ser veículo de saúde mental, desde que se trabalhem os conceitos, no sentido de ir transformando aspectos que trancam a vida das pessoas. A parada ajuda a sociedade a repensar como acolher as pessoas e nos convoca a mudar a sua postura. A sociedade vai tendo uma outra visão, rompendo com os medos, preconceitos e acolhendo a diferença," diz.

Mobilizados, uai!

Não só de Rio Grande do Sul vive a mobilização social em saúde mental no País. O Fórum Mineiro de Saúde Mental é uma ONG que se reúne mensalmente desde 1994 para lutar pela extinção da lógica manicomial e pelo resgate da cidadania dos usuários.

O Fórum é espaço de pautar gestores, receber denúncias, acionar o Ministério Público e também para a discussão da Política de Saúde Mental, seus avanços e retrocessos. A psicóloga e militante, ex-coordenadora da saúde mental de Belo Horizonte Rosemeire Silva, explica que a política de álcool e outras drogas, por exemplo, está retrocedendo no Brasil com a volta da internação involuntária, e que o Fórum é legitimado para defender os usuários. "Internação deve ser o último recurso, não a primeira alternativa. Os movimentos sociais estão se mobilizando, tentando pressionar o legislativo e dialogar com o governo", diz. Mas em meio à dureza da luta, está a Marcha do 18 de maio, que existe desde 1998 como um desfile carnavalesco. Serviços de saúde, trabalhadores e usuários são convidados a discutir um determinado tema da saúde mental desde o início do ano, pois dele partem a denominação das alas, o samba-enredo, as canções apresentadas. E assim como na Marcha do Orgulho Louco, quem trabalha e produz todo o desfile são os usuários de saúde mental, especialmente dentro dos Centros de Convivência. Em 2013, seis alas levaram às ruas da capital mineira cerca de 4 mil pessoas mobilizadas pelo tema Liberdade ainda que tan-tan. "Desde que começamos, houve uma transformação na capital, pois demonstramos o fim do hospício no corpo do louco livre, pelas ruas, feliz. A cidade de BH já espera o evento, somos acolhidos com chuva de papel picado pelas janelas dos prédios, é surpreendente e isso diminui o preconceito. Hoje a sociedade não é homogênea, mas plural," diz uma das representantes do Fórum, Eliana Morais.

"Participo do desfile porque é um dia simbólico, que representa nossa militância cotidiana, e é possível quebrar o preconceito na nossa cultura, que associa a loucura a aspectos negativos. Então, tendo como formato o carnaval, a fantasia, também faz pensar que quem está na avenida não é o usuário, familiar, técnico, são militantes da saúde mental", afirma a usuária da rede Silvia Maria Soares Ferreira. Ela é secretária da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental (Asussam), que também organiza a Marcha e existe desde 1994 em defesa dos direitos dos portadores de sofrimento mensal. Duas vezes por mês, seus participantes reúnem-se no Conselho Regional de Psicologia de Belo Horizonte/MG para discutir a Política de Saúde Mental e também a implantação da rede, organizando e dando voz aos usuários, para que participem desse processo de mudança do modelo assistencial. O associado tem como vínculo a sua participação nas reuniões. "Participar da associação me fortalece na medida em que estou em grupo, pertenço a um coletivo. Nas lutas que fazemos juntos, os ganhos e o avanço dessas políticas repercutem para todos nós. A luta é pela desconstrução de preconceitos, na defesa dos direitos e da cidadania das pessoas e é preciso tomar consciência dos nossos direitos", afirma a psicóloga. O atual presidente da Asussam, Edmundo Veloso Caetano pretende resgatar as reuniões itinerantes da Associação, para que outros municípios participem.

Em 2006, o samba enredo da Marcha mineira de 18 de maio cantava "tem doido aqui, tem doido ali, tem doido ai...," em alusão ao fato de que todas as pessoas estão suscetíveis à loucura. É uma experiência pela qual cada um pode passar ao longo da vida. Ser militante, então, por que não?

Figura 1 – Abertura do Mental Tchê 2013, em São Lourenço do Sul

Fonte: Mariella Oliveira.

Figura 2 – Galpão lotado para o principal evento de mobilização social do Rio Grande do Sul

Fonte: Mariella Oliveira.

Figura 3 – Parada do Orgulho Louco em Alegrete/RS, em 2012

Fonte: Mariella Oliveira.

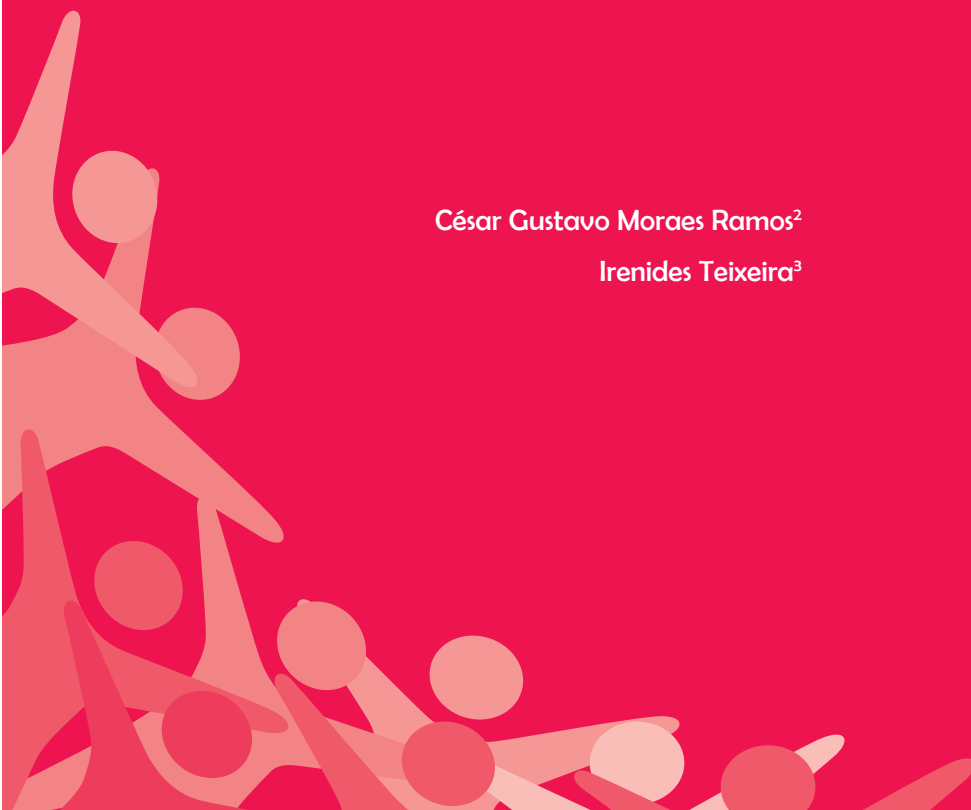
Figura 4 – Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas/RS expõe seus produtos durante o Mental Tchê 2012

Fonte: Mariella Oliveira.

Figura 5 – Apresentação de dança alemã

Fonte: Mariella Oliveira.

A Arte (En)Cena: Humanização & Loucura[1]

César Gustavo Moraes Ramos[2]
Irenides Teixeira[3]
Jonatha Rospide Nunes[4]
Mardônio Parente de Menezes[5]
Victor Meneses de Melo[6]

[1] Este relato de experiência foi originalmente publicado no número temático da Revista Polise Psique, Porto Alegre, v. 2, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40328/25700>.

[2] Psicólogo com mestrado em Ciências Criminais (PUC/RS). Professor e coordenador do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas – Ceulp/Ulbra. *E-mail*: <cgmramos@gmail.com>.

[3] Psicóloga, graduada em Publicidade e Propaganda e em Processamento de Dados com mestrado em Comunicação e Mercado (Facasper/SP). Professora dos cursos de Comunicação Social e de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas – Ceulp/Ulbra. *E-mail*: <irenides@gmail.com>.

[4] Psicólogo com mestrado em Psicologia Social (UFF/RJ) Professor do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas – Ceulp/Ulbra. *E-mail*: <jonatharospidenunes@yahoo.com.br>.

[5] Psiquiatra com mestrado em Psicologia (Unesp/ASSIS-SP). Professor do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas – Ceulp/Ulbra. *E-mail*: <mardonioparente@gmail.com>.

[6] Psicólogo com mestrado em Psicologia (Unesp/ASSIS/SP). Professor do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas – Ceulp/Ulbra. *E-mail*: <victormelo@yahoo.com.br>.

Resumo

O portal (En)Cena: a saúde mental em movimento, lançado em 18 de maio de 2011, é idealizado pelos cursos de Psicologia, Comunicação Social e Sistemas de Informação do Centro Universitário Luterano de Palmas (Ceulp/Ulbra), tem por objetivo intervir na cultura e divulgar material referente ao campo da Saúde, em especial, o da Saúde Mental. Apesar de um tema específico, o portal abarca uma ampla gama de assuntos e de experiências, visto que dessa temática se subentende um conhecimento transdisciplinar que extrapola as disciplinas mais comumente a ela ligadas, abrindo espaço para além do campo da Saúde. O (En) Cena possui nove seções que estimulam produções que ultrapassem a ordem técnico-acadêmica, incluindo, portanto, manifestações artístico-culturais originadas nos e relacionadas aos serviços de saúde. O portal <http://www.ulbra-to.br/encena> promove discussões de relevância social, fruto das práticas nas quais os colaboradores estão inseridos. O resultado traduz-se em novos olhares e novas formas de pensar, de pesquisar, de ensinar e de atuar no campo da Saúde Mental que fomentam a transversalidade, o protagonismo e a tríplice inclusão; princípios esses estruturantes da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave:

Arte. Cultura. Internet. Saúde Mental. Política Nacional de Humanização.

Introdução

O "(En)Cena: a saúde mental em movimento" é, em sua primeira definição e de forma bastante geral, um espaço na *web* para o qual convergem produções artísticas que se traduzem em textos, imagens e áudios referentes ao tema da loucura. Contudo, além de ser um banco dessas produções, o portal visa também estimulá-las, em especial no âmbito dos serviços de saúde, já que sua proposta partiu do pressuposto de que há muitas experiências vividas nesses serviços que condizem com a proposta da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, mas que não são publicizadas. Tal pressuposto, baseado na experiência em serviços por parte dos idealizadores do portal, traduz uma deficiência do processo da Reforma Psiquiátrica, a saber: a dificuldade de modificar, no nível cultural, os preconceitos, os estigmas, as relações verticais presentes no modelo asilar de cuidado em saúde mental (COSTA-ROSA, 2000). Dizendo de maneira mais direta, as experiências gestadas em serviços, na rede de atendimento em saúde, compõem um instrumento necessário para a mudança do modelo de atenção à saúde e, se não se transformam em cultura e conhecimento, perdem parte do potencial que possuem em produzir novas práticas.

Idealizado por professores e acadêmicos dos cursos de Psicologia, Comunicação Social e Sistemas de Informação do Centro Universitário Luterano de Palmas (Ceulp/Ulbra), o (En)Cena conta com 13 acadêmicos voluntários e 10 docentes dos 3 cursos supracitados e já publicou mais de 300 trabalhos de maio de 2011 a setembro de 2012 em suas 9 seções: Cenas (seção com publicação de trabalhos imagéticos produzidos por acadêmicos, artistas e profissionais e usuários dos serviços de saúde, podendo ou não tais produções serem produtos de oficinas terapêuticas); *Desterritorialize-se* (seção destinada a textos de pessoas convidadas a produzir trabalhos sobre temas variados, não ligados a seus campos de conhecimento e que tragam a saúde mental como eixo transversal.); *Em Cartaz* (espaço destinado a resenhas, críticas e reflexões a respeito de obras – tais como: livros, filmes, exposições etc. – e eventos atuais que sejam relevantes para o tema da saúde mental); *Entrevistas* (seção destinada à divulgação de entrevistas feitas com pesquisadores, autores, gestores e especialistas em saúde, assim como as realizadas com usuários, familiares de usuários e profissionais de serviços de saúde mental, que digam respeito ao tema de interesse do portal); *Escritos* (espaço que visa à publicação de narrativas que se deixam moldar em poesias, contos, crônicas, romances e narrativas); *Insight* (local reservado para textos teóricos, reflexões, críticas e comentários, de autoria da equipe do portal ou não, sobre temas contemporâneos que tragam a saúde mental como eixo transversal); *Personagens* (ambiente destinado a histórias de personagens, reais ou fictícios, pessoas ou instituições, que têm suas vidas e trajetórias relacionadas de alguma forma à saúde mental ou à loucura); *Roteiros* (seção onde se pode divulgar relatos de experiências ocorridas em serviços de saúde que, embora fujam do formato acadêmico tradicional, impõem-se por

sua necessidade e por sua importância na produção do conhecimento relacionado à área); Trilhas (uma espécie de sarau musical sobre o passado, o presente e o "proto-futuro" da produção discursiva em Saúde Mental e onde se publicam fragmentos de sonoplastia textual datados, mas com reverberação atemporal, e interpretados-dublados sob a estética da peça radiofônica).

O (En)Cena, além de objetivar criar um espaço para ser ocupado por essas produções, objetiva também estimular as pessoas a transformarem suas próprias vivências com a loucura em produtos (escritos, imagéticos e sonoros) que produzam movimento reflexivo, tanto no campo das ideias, dos conceitos, quanto no campo das relações que as pessoas fazem com aquilo que, ainda sem maiores definições, chamamos aqui de loucura. Desse modo, mais especificamente, o (En)Cena visa estimular os atores (pessoas que usam os serviços, profissionais e gestores) diretamente presentes nos serviços públicos de saúde, em especial os de saúde mental, a transformarem suas vivências nos já referidos produtos.

Produto e loucura como categorias

É pertinente, a esta altura, deixar claro a que exatamente nos referimos quando usamos dois termos específicos: "produto" (escrito, imagético e sonoro) e "loucura". Quanto ao primeiro termo, cabe dizer que, de forma geral, o mundo é constituído por produtos escritos, imagéticos e sonoros que carregam consigo discursos. Dito de outra forma, tais produtos não se resumem apenas ao que representam, mas também pressupõem uma história de formação e, nas entrelinhas, uma comunicação de valores. Ademais, tais produtos, que dão continuidade a essa comunicação, quando presentes nas relações, produzem formas de as pessoas se relacionarem entre si e com o mundo. Dessa forma, entendemos que esta concepção parte do pressuposto de que este produto não necessariamente possui um fim em si mesmo, mas desdobra-se em múltiplas possibilidades de conexão com o mundo.

A música é um produto, o livro e o artigo científico também, bem como o filme o é. Ao pensarmos sobre o cotidiano dos serviços de saúde, ainda bastante influenciados pelo modelo biomédico-asilar, chegamos à conclusão de que os produtos que medeiam as relações que ocorrem nesses serviços são, em sua maior parte, técnicos e burocráticos (COSTA-ROSA, 2000). Podemos citar como exemplo disso os prontuários (quando usados como a principal fonte de comunicação), as fichas de atendimento, as práticas de cuidado verticais (que também carregam consigo uma história de formação bem como uma ideologia fortemente impregnada e impregnante) e o uso cada vez mais frequente de práticas (tanto farmacológicas, quanto sociais e psicoterapêuticas), que – quando usadas isoladamente como tratamento para a loucura – visam ao mero tamponamento de sintomas. O próprio artigo pode ser considerado como um produto rígido, quando preza pelas regras e pelas normatizações da Ciência que o elevam ao

estatuto de “Artigo científico”. Deleuze e Guattari (1997, vol. 5) destacam dois tipos de ciência: nômade e do Estado. Os autores enfatizam a diferença de formalização entre elas, enquanto a formalização nômade é a *posteriori*, constituída a partir do que o pesquisador vai encontrando pelo caminho; as formalizações da ciência do Estado são, a *priori*, definidas antes do encontro do pesquisador com o campo de pesquisa, ou seja, as regras são estabelecidas antes do processo de produção.

> É que as duas ciências diferem pelo modo de formalização, e a ciência de Estado não para de impor sua forma de soberania às invenções da ciência nômade; só retém da ciência nômade aquilo que pode apropriar-se, e do resto faz um conjunto de receitas estritamente limitadas, sem estatuto verdadeiramente científico, ou simplesmente o reprime e o proíbe (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Assim sendo, o produto final carrega as marcas do processo pelo qual ele foi produzido, pelo qual uma multiplicidade de elementos heterogêneos se atravessa. Cada um desses elementos, que aqui se chama de produto, têm, pois, sua história pregressa e em criação, o que nos leva a uma importante categoria para as ciências sociais e para o paradigma que emergentemente vem questionando a produção atual do conhecimento: a categoria “processo”.

Os processos constituem-se como ações que resultam em produtos, que são modificados ao longo de um tempo e que se usam deles para reproduzir ou produzir práticas. Trata-se das ideias sendo operacionalizadas socialmente, trata-se de profusões sociais de ideias, trata-se – portanto – de redes de relações nas quais necessariamente elementos afetivos, sociais, econômicos, simbólicos e de poder se evidenciam. Os processos aqui considerados não são estruturas escondidas a serem descobertas, mas, antes, a serem criadas, tendo em vista uma ética que tautologicamente (por que não assim o dizer – o conhecimento é tautológico) precisa dos próprios processos para se formar. De qualquer maneira, tais processos podem somente ser escritos (no sentido literal do termo) e inscritos (no sentido de tomarem existência corpórea) se deles forem cartografadas as linhas das relações entre as pessoas, alicerces da micropolítica de qualquer instituição. Podemos usar, nesse momento, outra categoria denominada processos de subjetivação para falar de tais relações. É por tal categoria que nos lançamos a falar sobre a loucura. Guattari (2009) afirma que o que chamamos de “eu”, identidade, sujeito, é constituído a partir do cruzamento de uma multiplicidade de elementos heterogêneos e autônomos. Dessa forma, fica em evidência a importância da diferença na produção subjetiva – pois é a partir da diferença que nos tornamos outros –, e da “loucura” como expressão radical desta diferença.

Outro pressuposto do qual parte a presente escrita é, portanto, o de que quando se fala em loucura se está falando em processos e não de um resultado. Trata-se, contudo, de um processo indefinido, que tentamos tornar racional, mas que em todas as definições, seu caráter de indefinição aparece como fundamento. No demonismo, a fonte das manifestações, mesmo que nomeada como "demônio", tem como indefinida a forma de sua atuação; na Nau dos Loucos também, nos leprosos romanos, no inconsciente psicanalítico e no próprio conceito de doença fala-se de uma dimensão do homem para a qual não chegam as palavras: uma dimensão indefinida, portanto. David Cooper traz-nos uma bela visão a respeito do discurso louco quando afirma que "A linguagem da loucura é o perpétuo deslizar das palavras para actos até se chegar o momento em que a palavra é puro acto" (COOPER, 1978, p. 19).

Dizendo de outra maneira, a loucura é um dispositivo e o dispositivo para Deleuze é:

> É antes de mais uma meada, um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferente. E, no dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objecto, o sujeito, a linguagem etc., mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam uma das outras. Qualquer linha pode ser quebrada – está sujeita a variações de direcção – e pode ser bifurcada, em forma de forquilha – está submetida a derivações (DELEUZE, 1997, p. 1).

Não se pode negar que a definição acima de dispositivo pode muito bem ser usada para definir a psicose; pode também definir a produção artística ou a produção filosófica do livre pensar, da expressão aberta de opiniões dissonantes que nos permite convergir, divergir, misturar, nos aproximar e nos afastar. Esses processos: a psicose, a prisão, a arte, a filosofia e a liberdade de expressão foram historicamente ligados à loucura, todos eles tratados como tal, seja loucura ainda como manifestação transcendente, seja como manifestação de doenças.

O conceito de dispositivo apresenta também outros desdobramentos. Foucault (2006) utiliza-o para visualizar o conjunto/rede de processos heterogêneos de governabilidade proliferados em tempos de urgência, com função estratégica imersa em relações de forças que "condicionam certos tipos de saber e por eles são condicionados". Para Agambem (2009, p. 48) "aqueles que têm discursos similares, são de resto, o resultado do dispositivo midiático no qual estão capturados".

As oficinas terapêuticas são um exemplo disso: por elas, aposta-se em uma vivência ético-estética e política diferente da vivência vertical entre são-louco, por meio da expressão artística, partindo da ideia de que a arte e a loucura conseguem se comunicar mais

abertamente que as técnicas profissionais o fazem em relação à doença. As oficinas terapêuticas, a depender logicamente dos seus processos, permitem ressaltar a diferença entre as pessoas, entre suas diversas formas de expressão e de comunicação, ao mesmo tempo em que permite também construir formas de se relacionar diferentes das formas homogêneas da dita "normalidade" e de tamponamento, de coerção, de infantilização e vitimização, comuns às práticas profissionais em saúde. Permite, pois, tratar da loucura como uma vivência que, apesar de considerada estranha a costumes e expectativas ideológicas, é comum aos homens e às culturas, fonte de vida e criação (LIMA; PELBART, 2007). Podemos perceber essa potência também nas sessões do Portal, onde entramos em contato com produtos a respeito de "loucos" trabalhando, trabalhadores permitindo-se um momento de loucura, a produção artística e artesanal como terapêuticas e como possibilidade de sustentabilidade econômica, o trabalho formal com produtor de sofrimento, a família como *lócus* de produção de tristeza e de alegria, a arte como produção inerente à vida e a vida como produção artística. Sem dúvida, estes elementos podem funcionar como analisadores[7] que decompõe o discurso dominante disseminado pelo aparelho midiático.

A Reforma Psiquiátrica busca desmistificar e ampliar o debate sobre a relação que estabelecemos com a loucura. Para tanto, para se falar da loucura deve-se com ela conviver, relacionar-se. O resto que falamos sobre ela, quando com ela não se convive, é apenas repetição de palavras com ordem fraseológica, "...transmissão de palavra funcionando como palavra de ordem...", como diriam Deleuze e Guattari (1995, p. 14). Portanto, para produzirmos novos discursos, nesse dispositivo chamado loucura, precisamos nos deixar viver com ela, seja lá como a definirmos; não basta apenas com ela conviver, mas também temos de criar múltiplas linguagens para falar do que é produzido em nós quando com ela nos encontramos.

Os produtos, engendrados nos encontros com a loucura, são meios de definição e as definições não são dadas apenas por conceitos duros; os diálogos também definem a loucura, os acordos, as práticas sociais, as festas, o uso de drogas, os esportes, a educação, a arte e o trabalho. Há definições duras e definições fluidas; as definições fluidas constituem-se na vivência do afeto; as definições duras constituem-se por imperativos, por prescrições, como as definições de doença mental; constituem-se apenas a partir de sua dimensão material, como produtos finalizados e não por processos; constituem-se por produtos que não disparam processos, mas, antes, (re)produzem relações alienadas e alienantes. A respeito disto, Deleuze e Guattari (1995) referem-se a dois tipos de espaço (liso e estriado), a partir dos quais a realidade social é produzida.

> O espaço liso e o espaço estriado, – o espaço nômade e o espaço sedentário, – o espaço onde se desenvolve a máquina de guerra e

[7] Conceito da Análise Institucional fundamental para as estratégias da Política Nacional de Humanização que se refere a um acontecimento que explicita o jogo de forças institucional, a problematização daquilo que está naturalizado, o estranhamento como fomento à alteridade, à emergência dos conflitos como tencionadores coletivos de novos modos de vivenciar a produção em saúde.

> o espaço instituído pelo aparelho do estado, – não são da mesma natureza (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 179).

A vida do cidadão é aprisionada no fluxo de relações criado pelo Estado. Esse não é o único fluxo, mas é o que mais captura-regula nossos comportamentos, compondo assim o que se define por biopoder (PASSOS; BENEVIDES, 2001). A loucura possui um trânsito caótico demais para as expectativas de "ordem e progresso" que ainda esperam o biopoder. Entendemos que a loucura tem sua gênese a partir de espaços lisos e que o Estado – enquanto expressão máxima do espaço estriado – busca estratificar, classificar, normatizar a loucura. Por outro lado, a loucura enquanto processo não para de desestratificar, desconstruir, decompor o Estado. Dois movimentos importantes: um que vai do espaço liso dos fluxos afetivos que são capturados, tornados fixos, materializados; e outro que vai do espaço estriado das formas fixas que são dissolvidas, decompostas.

A loucura virou hoje uma instituição: institucionalizaram-na, ela institucionalizou-se. Toda instituição precisa de suas organizações para se materializar; as instituições são lógicas, as organizações, concretude; os equipamentos são tentáculos que buscam água; são raízes (BAREMBLIT, 1998). Mas, nesses tentáculos, nesses equipamentos, há células que mudam ou tentam mudar a própria função da raiz em que se encontram. A ética discute que raízes podem ou não se modificar funcionalmente e que funções adquirirão as que podem mudar, que valores mais se podem ou se devem produzir. Portanto, a ética é o *lócus* para o qual se direcionam os aspectos instituintes das instituições. Por isso se diz de um paradigma ético emergente (SANTOS, 2006), pois questionar o biopoder é um exercício ético.

As três apostas

Para concluir e tentar arrematar esse tanto de ideias concatenadas, seguiremos o texto na defesa de três teses, a seguir escritas:

1. a loucura, enquanto dispositivo, produz múltiplas linguagens, ricas em sua diversidade. Assim sendo, trabalhamos com a publicização de linguagens diversificadas (escrita, sonora e imagética);
2. os produtos escritos, sonoros e imagéticos são meios pelos quais as pessoas podem se relacionar com a loucura para além do discurso hegemônico, possibilitando uma diversidade de produções subjetivas;
3. o (En)Cena, além de banco de dados, é também um dispositivo de intervenção na cultura.

As duas primeiras teses não apresentam novidade. A Reforma Psiquiátrica e as clínicas do sujeito (as diversas abordagens PSI), de maneira geral, têm enfatizado que a expressão,

seja pela fala, pela arte, pelo corpo, é um meio terapêutico essencial para lidar com o sofrimento ligado à loucura. Contudo, o fato de publicizar, tornar público, reforça o caráter de atividade da expressão, pois ela passa a ser comentada, o que lhe permite protagonizar uma maior expressão política, que pode se tornar pública; todas elas, as expressões, miradas à existência, própria e coletiva. Todos nós nos relacionamos com a *polis*, mesmo em silêncio.

O (En)Cena visa possibilitar relações e dar visibilidade a linguagens outras, em especial àquelas que surgem na construção do vínculo entre pessoas que atuam nos serviços (seja lá de qual categoria faça parte), ou seja, àquelas em cujo seio está a convivência com a experiência da loucura. O (En)Cena quer modificar a luz que toca as cenas de cuidado em saúde mental, não por ser considerado, por seus idealizadores, um projeto iluminado. A luz de que aqui se fala não é a luz do Iluminismo, mas sim a luz que pretende clarear e tornar algo visível. Não é tudo que aparece quando uma luz é projetada e o visualizável é desvelado. Somente pelas sombras se vê o que reflete a luz. A Medicina e a Psicologia tradicionais têm se posto a ver, na loucura, sintomas. Pela força e *status* que possuem essas duas disciplinas, ao passo que veem sintomas na loucura, os fazem ser vistos por demais disciplinas e pessoas. Criam uma forma de ver e, portanto, de lidar com a loucura (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005) e reproduzem tal forma pelo aparato que possuem como os cursos de formação, os serviços de saúde e as propagandas.

A Reforma Psiquiátrica tem se preocupado em criar novas formas de lidar com a loucura. Nesse sentido, tem apostado na modificação daquilo que se vê; o que se vê, ao olhar-se para o sofrimento mental, não é um conjunto de sintomas, mas, antes, um processo de vida. Encarar a loucura como processo de vida é pressupor que, em tal vivência, há um tanto de coisas, ainda não faladas, ainda não vistas, que são atravessadas ao mesmo tempo em que constroem uma ética, afetos, economias e sociabilidades. Entendemos que o (En)Cena pode operar na dissolução das concepções de loucura, normalidade, doença mental, tratamento etc; entre outras concepções que permeiam a sociedade e as políticas públicas na saúde, em especial na saúde mental, possibilitando uma nova estratificação, ou seja, criando pontes por meio das quais o intituinte se torne instituído.

Considerações finais

Tendo em vista a discussão até aqui elaborada, chegamos a outro pressuposto fundante do (En)Cena que é o de que existe, nos serviços de saúde mental, uma gama de relações e experiências que fogem da instituição da loucura como doença e que não são vistas e nem delas se fala. O discurso, dentro dos próprios Centros de Atenção Psicossocial (os Caps – um dos dispositivos no qual aposta a Reforma Psiquiátrica) ainda se mantém hegemonicamente no formato “queixa”, tanto no que o profissional escuta do usuário quanto no que o profissional diz sobre seu processo de trabalho. A queixa e os sintomas

andam de mãos dadas; de um ao outro, a distância é apenas um tropeço. Assim, justifica-se o objetivo do (En)Cena, o que nos permite, agora, debruçarmo-nos sobre a terceira tese, a de que o (En)Cena é um dispositivo de intervenção na cultura, que promove estranhamentos, aproximações, alteridade e por conseguinte humanização.

Visto como um dispositivo, pela própria ideia que o originou, o (En)Cena tem provocado movimentos instituintes de caráter interdisciplinar. Tais movimentos têm provocado mudanças, tanto no plano das relações daqueles que se propõem a colaborar com o portal quanto em um plano de ordem mais acadêmica e teórica. É por tal motivo que se pode afirmar que o (En)Cena é transversalizado pela interdisciplinaridade em pelo menos duas dimensões: em uma dimensão propriamente epistemológica e em uma outra dimensão que se diria de ordem vivencial e prática.

Como exemplo do primeiro caso, poderíamos citar a própria ideia de constituição do portal que, desde seu início, congregou – como antes mencionado – os cursos de Psicologia, de Comunicação Social e o curso de Sistemas de Informação. Tal composição do projeto aqui apresentado pode ser entendida a partir de sua característica básica: um espaço de comunicação virtual (demandando, assim, tanto a contribuição da Comunicação Social quanto da Informática) que pretende abordar o tema da saúde mental (interpelando, dessa forma, também a Psicologia). Contudo, a dimensão epistemológica não se esgota no mero encontro dessas três disciplinas, já que outras vieram se juntar ao debate ao longo da existência do portal. Dessa forma, contribuições de pessoas ligadas à Economia, à Música, à Psiquiatria, à Administração, a Artes, à Matemática etc., todas discutindo saúde mental a partir de uma perspectiva integradora, têm sido cada vez mais comuns. Além disso, poder-se-ia incluir ainda na dimensão epistemológica, o próprio fato de o (En)Cena abordar a saúde mental a partir de uma lógica que visa questionar o próprio conceito de loucura e os discursos que sobre ela produzimos, incluindo discursos que – de outra forma – são delegados ao esquecimento da ciência tradicional. Assim, pode-se dizer que o portal é uma estratégia importante para se questionar o discurso sectário, separatista e monodisciplinar que a ciência hegemônica tem a respeito da loucura, e que leva a uma visão estreita e míope da vivência de quem sofre psiquicamente.

No que toca a questão vivencial e prática, dimensão fundamental da interdisciplinaridade, o (En)Cena tem se constituído como campo de estágio e de pesquisa para estudantes dos três cursos envolvidos. Ademais, o portal tem se dedicado ultimamente a coordenar atividades vivenciais, tanto no espaço institucional em que foi gerado (portanto, na academia) quanto no próprio espaço vivo da cidade. Exemplo claro de ações dessa natureza foi a comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em maio de 2012. Tal evento foi denominado de "(En)Cena na praça: Saúde Mental se faz em Redes" e caracterizou-se por convidar toda a comunidade da cidade para participar de uma tarde na praça, enquanto

ocorriam oficinas diversas e redes de dormir eram atadas sob árvores para quem quisesse nelas deitar. A dimensão vivencial e pessoal é fundamental para que a interdisciplinaridade expanda seus efeitos para além dos textos acadêmicos e dos debates epistemológicos, já que ela "[...] não se efetiva por meio de princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos de pesquisadores bem-intencionados" (FURTADO, 2007, p. 247).

Outra parceria que redimensiona a processualidade do (En)Cena é com a Política Nacional de Humanização (PNH), desenvolvida de dentro para fora do Ministério da Saúde. Por essa sua característica, e também por sua metodologia mais proeminente (a análise institucional em territórios de saúde), a PNH encontra-se em uma posição entre a instância governamental e a popular, fazendo-as se comunicar. O portal de acesso HumanizaSUS, gerido por profissionais que trabalham na PNH, apresenta trabalhos pioneiros de todos os estados brasileiros e com uma abrangência de milhares de acessos semanais. É, portanto, um rico e potente difusor de práticas antimanicomiais, antiburocráticas e democratizantes. A troca de logomarcas entre as redes de comunicação do HumanizaSUS e do (En)Cena, com o intuito de se divulgarem, representa uma aproximação corpórea de resistência, de jeitos de fazer, de horizontes a alcançar, de olhares para a diversidade da vida, para a liberdade e dignidade do homem em um Estado Democrático de Direito.

Mas o que é o (En)Cena? Um portal? Um agrupamento de pessoas impregnadas de/com a loucura? Um projeto acadêmico de extensão? Um campo/projeto interdisciplinar de pesquisa? Uma estratégia de humanização? Utilizaremos a perspicácia de James Joyce ao se referir sobre a gestação de sua obra Finnegans Wake para dizer que o (En)Cena acima de tudo é um *work in progress*,[8] sendo assim (des)cobrir o (En)Cena é uma empreitada de cada protagonista.

[8] Tradução: trabalho em andamento, conforme a introdução de Donaldo Schüler. In: JOYCE, J. Finnegans Wake/Finnicius Revém. Introdução, versão, notas Donaldo Schüler; desenhos Lena Bergstein. 2. ed. Cotia/SP: Ateliê Editorial, 2004. p. 25.

Referências

AGAMBEN, G. **O que é contemporâneo? E outros ensaios**. Tradução Vinicius Honesko. Chapecó: Argos, 2009.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e pratica. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

COOPER, D. **A linguagem da loucura**. Lisboa: Martins Fontes, 1978.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial**: um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DELEUZE, G. Mistério de Ariadne Segundo Nietzsche. In: DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

______; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. (Ditos e escritos, v. 2).

______; ______. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. (Ditos e escritos, v. 5).

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Ditos e escritos, v. 6).

FURTADO, J. P. **Equipes de referência**: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 20. ed. Campinas: Papirus, 2009.

JOYCE, J. **Finnegans Wake/Finnicius Revém**. Introdução, versão, notas Donaldo Schüler; desenhos Lena Bergstein. 2. ed. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2004. p. 25.

LIMA, E. M. F. A.; PELBART, P. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 709-735, jul./set. 2007.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul-dez/ 2005.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Política Nacional de Humanização e a Articulação da Rede de Saúde Mental: A Experiência do Município de Fernandópolis/SP

Aline Baccarim Novelli Quintas[1]
Amanda de Azevedo Soares Careno[2]
Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn[3]
Stella Maris Chebli[4]

[1] Psicóloga, coordenadora do Caps 2 Fernandópolis. *E-mail*: <alinebaccarim@uol.com.br>.

[2] Psicóloga, coordenadora do Caps 2 Fernandópolis. *E-mail*: <alinebaccarim@uol.com.br>.

[3] Psiquiatra do Caps 2 Fernandópolis. *E-mail*: <amandacas@uol.com.br>.

[4] Psicólogo, mestrando em Psicologia pela Unesp de Assis, consultor da Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo. *E-mail*: <apoio.pedroivo@gmail.com>.

[5] Psicóloga/psicanalista, consultora da Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo). *E-mail*: <smchebli@superig.com.br>.

Resumo

Este texto é o relato da experiência de articulação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) II do município de Fernandópolis com a Atenção Básica a partir do dispositivo apoio matricial. Ele descreve o processo de trabalho realizado pelos trabalhadores do Caps II, de Fernandópolis, em parceria com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde para debater e implementar o matriciamento em Saúde Mental na Rede de Atenção Básica do município. Analisa e conceitua os desdobramentos que resultaram do processo, como a criação de diversas parcerias institucionais, a articulação da Rede, as discussões sobre os princípios e as propostas da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, a experimentação da cogestão nos diversos coletivos que foram se criando, as possibilidades e os limites de avanço.

Palavras-chave:

Rede de Atenção Psicossocial. Matriciamento. Cogestão. Produção de saúde. Produção de sujeitos.

Introdução

Ultimamente, o tema da saúde mental vem ganhando destaque, principalmente pela "epidemia" do consumo do *crack*, além de outros fatores como o aumento do número de pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico comum, como irritabilidade, ansiedade, insônia e queixas somáticas. Segundo Onocko Campos & Gama (2008), esses sintomas, chamados Transtornos Mentais Comuns, caracterizam-se pelo fato de não preencherem os critérios formais para diagnóstico de ansiedade e de depressão, porém, "trazem uma incapacidade muitas vezes pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos" (CAMPOS; GAMA, 2008, p. 222).

Segundo documento intitulado *Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e os diálogos necessários – Inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Básica*, emitido em novembro de 2003, pela Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, estima-se que 3% da população (5 milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do País – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Em relação aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge de 6% a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas.

O Brasil desenvolveu uma Política Nacional de Saúde Mental consistente e fruto de uma ampla mobilização social. O debate sobre a assistência psiquiátrica ganhou domínio público no final dos anos 70, diante de um contexto histórico marcado pela retomada dos movimentos sociais, de onde surge o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Nos anos 80 manteve-se a preocupação em sintonizar o movimento da Reforma Psiquiátrica com o contexto histórico, articulando-se com outros setores sociais a fim de ampliar a discussão e promover ações. Segundo Yasui (1999), "a luta pela transformação da saúde mental passou, portanto, para uma luta maior pela transformação da saúde e da sociedade" (YASUI, 1999, p. 19). Esta década foi marcada por realizações de inúmeros encontros, plenárias, congressos de profissionais que atuavam nos serviços de assistência psiquiátrica (de onde foram tiradas várias propostas), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a incorporação de setores da própria população (usuários e familiares) na construção de um projeto comum, além da eleição por eleições diretas, em São Paulo, de governos progressistas e populares, tanto no âmbito estadual[5] como no municipal,[6] o que possibilitou ações instituintes[7] no campo da Saúde Mental e da Saúde como um todo.

Essas experiências instituintes se consolidaram se tornando oficiais a partir da Portaria MS/GM nº 224, de 29 de janeiro de 1992, onde eram definidas como "unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local

[5] Em 1982, Franco Montoro é eleito governador do Estado de São Paulo, cujo lema era: É hora de mudar. Diversos grupos constituíram-se para elaborar o seu programa de governo. Um desses grupos era composto de profissionais da Saúde Mental, professores e outros que, após muitas reuniões e discussões, elaboraram os princípios de um programa de saúde mental, cujos pontos principais eram: regionalização, hierarquização e integração dos serviços, com ênfase no trabalho nos níveis primário e secundário, com a progressiva desospitalização, com a desativação dos leitos psiquiátricos com a criação de redes de ambulatório e de centros de saúde, criação de leitos de retaguarda em hospitais gerais, trabalhos com a comunidade, investimentos na recuperação de recursos humanos e suspensão graduada dos convênios com hospitais psiquiátricos privados.

[6] Em 1989, nas cidades de São Paulo e Santos são eleitas Luíza Erundina e Telma de Souza, respectivamente, prefeitas destes municípios. Ambas realizaram, em suas gestões, ações comprometidas com os princípios e as diretrizes das reformas sanitária e psiquiátrica. Em São Paulo, uma destas ações foi a criação dos Centros de Convivências e Cooperativas (Ceccos), pautada por duas linhas de ações, uma que pretendia combater a cultura manicomial e outra que se propunha a integrar o usuário, a sua família, a sociedade e a população marginal e dispersa, por meio de um serviço com perfil cultural e não somente técnico-profissional. Os Ceccos eram a porta de entrada e saída do sistema de Saúde Mental. Em Santos, foi a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), a ação de grande relevância no campo da transformação dos serviços em saúde mental. Estes funcionavam constantemente em período integral para o acolhimento de toda e qualquer demanda psiquiátrico-psicológica de um dado território, isto é, sua ação era regionalizada.

[7] Termo utilizado pelos analisadores institucionais, ao se referirem a uma experiência ou ação que introduz em uma instituição um dispositivo criador/inovador que visa potencializar a vida diante da despotencialização da estrutura burocrática institucional.

e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional" (BRASIL, 1992, p. 2).

Os Centros de Atenção Psicossocial foram regularizados pela Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ampliando o seu funcionamento e complexidade, integrando-se ao SUS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental.

Segundo Luzio:

> Os CAPS têm como proposta clínica a prática centrada na vida diária da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica. Busca-se, portanto, a criação de espaços coletivos, de espaços concretos destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, da expressão, do fazer concreto e da troca, do desvendamento de sentidos, da elaboração e da tomada de decisão (LUZIO, 2003, p. 84).

Esta proposta clínica rompe com o modelo que tem a doença como erro, distúrbio, cujo tratamento seria a pura remissão de sintomas, por intermédio de práticas morais, mecanicistas, homogeneizadoras e burocratizadas.

A décima edição do texto *Saúde Mental em Dados*, de março de 2012, apresenta um quadro geral da rede de atenção, apontando que:

> Com o cadastramento de 122 novos Caps, entre eles 5 Caps ad 24h, a cobertura nacional em saúde mental chegou a 72% (considerando-se o parâmetro de 1 Caps para cada 100.000 habitantes), com 1.742 Caps. A Rede de Atenção Psicossocial conta ainda com 625 Residências Terapêuticas, 3.961 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2012, p. 4).

Onocko Campos e Gama (2008) apontam que esta Política se mostra eficaz em relação aos portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente, por meio dos equipamentos substitutivos, dos programas de transferências de renda e de moradias protegidas, constituindo-se em uma rede de proteção, de tratamento e de reinserção social, porém ele não acontece com as demandas menos graves, mostrando a fragilidade e a necessidade de articulação de uma rede assistencial mais consistente e abrangente, destacando a dificuldade de integração da rede Caps e a Atenção Básica (CAMPOS; GAMA, 2008, p. 223).

O documento *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* já aponta para a necessidade desta integração ao afirmar que:

> Os Caps devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede de atenção básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.
>
> Que significa esta integração? O Caps precisa:
>
> a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
>
> b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
>
> c) realizar apoio matricial às equipes de atenção básica, isto é, fornece-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;
>
> d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes de atenção básica (BRASIL, 2004, p. 25).

A Política de Saúde Mental conseguiu produzir ações e dar respostas a uma parte significativa da demanda, porém se mostra insuficiente para outras demandas, também importantes, que muitas vezes entram pela atenção básica, mas não são acolhidas. Este não acolhimento é produto de vários fatores ligados a uma não escuta aos determinantes socioeconômicos e questões ligadas à subjetividade contemporânea que, por sua vez, são consequências da forma como estão organizados os serviços e que tipo de demanda induzem, até a capacidade dos profissionais envolvidos nesta tarefa (CAMPOS; GAMA, 2008, p. 227).

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) está em sintonia com os desafios apontados acima, pois estabelece diretrizes e oferta dispositivos que buscam interferir nas formas de relacionamento nos serviços, seja na atenção, seja na gestão, já que são indissociáveis, a fim de catalisar processos de mudanças superando: a) fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; b) fragmentação da rede assistencial que dificulta a complementaridade entre

a rede básica e o sistema de referência; c) precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; d) sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; e) baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; f) poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; g) desrespeito aos direitos dos usuários; h) formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; i) controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS; j) modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2006).

Entre estes dispositivos está o de Equipes de Referência e Apoio Matricial. O presente texto é o relato de uma experiência de articulação da Política Nacional de Humanização com a Política de Saúde Mental, a partir do processo de articulação entre o Caps II Fernandópolis e equipamentos da Atenção Básica a partir do Dispositivo Apoio Matricial.

O apoio ao Município de Fernadópolis: cenário e processo

O Município de Fernandópolis

Fernandópolis é um município com população de cerca de 70 mil habitantes e sede do Colegiado de Gestão Regional (CGR) Fernandópolis, que agrega 13 municípios em um total de 110.790 habitantes. O CGR de Fernandópolis compõe a Regional de Saúde de São José do Rio Preto que faz divisa com as regiões de saúde de Araçatuba, Barretos, Bauru, Ribeirão Preto e Araraquara. Fernandópolis é referência em saúde para 12 municípios da região: Estrela d'Oeste, Guarani d'Oeste, Indiaporã, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, São João das Duas Pontes, São João de Iracema e Turmalina.

A Atenção Básica é realizada por 17 estabelecimentos de saúde, sendo: 4 com modelo assistencial tradicional e com equipe de odontologia; 11 com o Serviço de Estratégia da Saúde da Família (ESF) implantada e a equipe bucal modalidade I, cuja cobertura atinge 49,75% da população; 1 unidade móvel terrestre, que executa procedimentos básicos em Odontologia; e 1 estabelecimento exclusivo para atendimento da população da zona rural.

Na atenção especializada, a gestão municipal dispõe: de um centro de atendimento de doenças infectoparasitárias, um centro de atendimento psicossocial; um consórcio intermunicipal, um centro de especialidades odontológicas. Sob gestão estadual conta com um ambulatório de especialidades e um laboratório. As principais referências tanto para os procedimentos ambulatoriais como os de internações são os prestadores: Santa Casa de Fernandópolis, o AME de Votuporanga, Hospital de Câncer de Barretos, Hospital de Base de São José do Rio Preto e recentemente conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) Regional.

O processo do apoio: análise da encomenda, identificação de demandas e construção da oferta – tecendo relações, produzindo intervenções

O Caps II de Fernandópolis no decorrer dos anos começou a problematizar suas ações, o que se desdobrou no desejo de transformar o seu processo de trabalho e produzir ações em rede. A equipe da unidade vem propondo a avaliação e a discussão da rede de Saúde Mental da microrregião, processo que tomou força com a observação da precariedade da articulação dos pontos de atenção existentes na região, resultando no predomínio de um modelo de assistência pouco resolutivo, centrado em intervenções pontuais, sobretudo por encaminhamentos para atendimento médico com condutas farmacológicas, o que constitui a base do tratamento de grande parcela da população.

Observou-se também a grande dificuldade da intervenção da atenção básica com os portadores de saúde mental devido à existência de enorme número de encaminhamentos de casos leves e moderados, resultando em "caotização" da demanda para atendimento com especialistas e desarticulação da rede de Saúde Mental.

A partir desta busca a equipe do Caps II de Fernandópolis começou a discutir internamente o dispositivo do Apoio Matricial. No início de 2011, após discussões internas sobre o objetivo do apoio matricial e diante das inúmeras dificuldades do município, a equipe percebeu-se madura para implementar tais discussões, saindo do campo do desejo e ousando caminhar pelo campo da ação. Surgiram, no entanto, dúvidas sobre os caminhos de tais mudanças, o que levou a equipe a entrar em contato com o Coletivo de Consultores da PNH Sudeste I[8]. O apoio ao Município de Fernandópolis foi sendo construído a partir de um *e-mail* enviado pela enfermeira do Caps II de Fernandópolis à Coordenação do Coletivo de Consultores Sudeste II. Neste *e-mail* explicitava a encomenda: auxílio para preparar a equipe do Caps a implantar o apoio matricial em Saúde Mental nas Unidades de Saúde da Família.

Duas questões foram essenciais para que o Coletivo de Consultores, ao analisar a demanda, fizesse um parecer favorável à ida de dois consultores para o município para conversar sobre a encomenda, identificar a(s) demanda(s) e pactuar o apoio/oferta. A primeira questão estava relacionada ao fato de ser uma entrada em um dispositivo de Saúde Mental, pois neste momento, no Ministério, estas duas políticas estavam ensaiando uma articulação, além de, como exposto anteriormente, o tema saúde mental estar no centro de muitas questões envolvendo a saúde pública, como por exemplo as ações em relação ao uso do *crack*. Outra questão é de, o Município de Fernandópolis, ser sede do Colegiado de Gestão Regional cujos serviços são referência para mais 11 municípios, apostando que uma ação num serviço de referência deste município, no caso o Caps II de Fernandópolis, poderia desdobrar-se em ações de amplitude regional, ou seja, a partir de uma entrada localizada num equipamento específico seria possível acessar toda uma rede de serviços de saúde.

[8] A Política Nacional de Humanização organiza seu corpo de consultores por coletivos regionais. A Região Sudeste é composta por três coletivos regionais: Sudeste 1 que abrange o Estado de São Paulo, Sudeste 2 que abrange os estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo e Sudeste 3 que abarca o Estado de Minas Gerais.

O primeiro encontro aconteceu no dia 6 de abril de 2011. Participaram desse encontro nove pessoas entre representantes da Secretaria Municipal de Saúde e equipe do Centro de Atenção Psicossocial, pela Política Nacional de Humanização estavam presentes dois consultores do coletivo Sudeste I. Estabeleceu-se uma roda de conversa para dialogar sobre a encomenda. A equipe solicitou a intervenção para implantar o apoio matricial do Caps nas Unidades de Saúde da Família (USF), pois identificou alto índice de encaminhamentos feito pela Atenção Básica para os serviços de Psiquiatria (ambulatório) e o Caps, sendo grande parte destes encaminhamentos "casos leves e moderados" que poderiam ficar sob o cuidado da própria Equipe da Atenção Básica. Ficou evidente a fragmentação da rede de saúde mental produzindo fila na porta do serviço especializado, lista de espera de ao menos três meses para a Psiquiatria, desresponsabilização dos demais pontos de atenção e efeitos iatrogênicos principalmente pelo uso exacerbado de medicalização.

A partir dessa roda de conversa foram pactuadas algumas ações que poderiam ser desenvolvidas conjuntamente nas próximas visitas. Primeiramente, discutimos as formas de acionar as Unidades de Saúde da Família. Foi pensado inicialmente em fazer uma oficina com todas as equipes de Saúde da Família apresentando a PNH, suas diretrizes e seus dispositivos destacando o apoio matricial e a construção da rede, convidando as equipes que estiverem interessadas a participar deste processo. Porém, ficou encaminhado que neste primeiro momento o Caps iniciaria a partir de um projeto-piloto com três equipes (USF Cecap, USF Brasilândia e USF Paulista) já parceiras. A equipe do Caps comprometeu-se em escrever um projeto de apoio matricial para "oficializar" a proposta.

Quinze dias após nosso encontro foi elaborado o projeto "Implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Fernandópolis".

Neste documento foi apontada a necessidade de instituir um processo de apoio matricial partindo dos seguintes analisadores: a carência na atenção integral à saúde mental; a fragmentação da rede de cuidado com raros casos de articulação intersetorial e precariedade de espaços coletivos para a discussão desse panorama, que evidenciava um modelo clínico e de procedimentos médico-centrados. As consequências desta falta de articulação se evidenciavam em: demanda reprimida, filas e desassistência aos usuários, cronificação de alguns casos que necessitariam de intervenções multidisciplinares, sobrecarga de trabalho e sensação de impotência dos profissionais que trabalham na rede.

O texto delimita como objetivos:

- iniciar discussão intersetorial sobre saúde mental com a criação de espaços coletivos;
- ampliar a discussão a respeito do cuidado e da assistência em saúde mental no município, assim como da abrangência da rede de atenção;

- mapear dispositivos existentes fora da rede de saúde que possam se articular na atenção à saúde mental dos moradores de Fernandópolis;
- dinamizar o fluxo de referência e contrarreferência a atendimentos individuais – psiquiátricos e psicológicos – no município;
- realizar parceria com instituições interessadas em desenvolver projetos de atenção integral à saúde mental, como a Fundação Educacional de Fernandópolis;
- implementar projeto-piloto de Apoio Matricial entre o Caps II e três USF da rede para futuramente ampliar a discussão para todo o município.

E como estratégias identificaram:

- realizar parceria com a diretoria de saúde do município;
- salientar a importância da atuação em saúde mental dentro da Estratégia de Saúde da Família;
- visitas periódicas de profissionais do Caps às USFs do projeto-piloto para a discussão conjunta de casos em sofrimento mental por meio de reuniões de equipe, atendimentos compartilhados etc.;
- investimento em contratação, formação e capacitação de profissionais matriciadores.
- investimento em capacitação dos profissionais da rede básica;
- reuniões periódicas entre os representantes dos serviços para autoavaliação do processo;
- encaminhamento de pacientes estáveis em seguimento psiquiátrico no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Fernandópolis (Cisarf) para acompanhamento na USF piloto de origem;
- identificação da região de procedência dos usuários do Cisarf.

Posteriormente ao primeiro foram realizados mais cinco encontros com os consultores/apoiadores da Política Nacional de Humanização:

- reunião com trabalhadores do Caps e de três Unidades de Saúde da Família para apresentar o dispositivo "Apoio Matricial"; reunião com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, Caps e FEF (Fundação Educacional de Fernandópolis);
- reunião de avaliação do primeiro mês de implantação do projeto de Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Fernandópolis;

- reunião com a equipe do Caps II de Fernandópolis; (19/10/2011): reunião com a equipe Caps II e representantes dos serviços de saúde mental da rede municipal: especialização (Cisarf), Centro Integrado de Saúde (CIS) e Centro de Saúde da Criança;
- reunião com o conselho municipal de saúde para debater o projeto e informar sobre o processo de matriciamento e reunião com a equipe do Caps para discutir os encaminhamentos do processo de implantação do projeto de matriciamento e de articulação da rede.

Estes encontros produziram alguns efeitos dos quais destacam-se:

- produção de vínculo de confiança entre os apoiadores da PNH e equipe do Caps II;
- estabelecimento de espaços coletivos de conversa entre os serviços da atenção básica e o Caps II;
- produção de autonomia e protagonismo já que o grupo discutiu e realizou algumas intervenções independentes da presença dos apoiadores;
- estabelecimento de espaços coletivos de conversa entre os serviços de especialidades e o Caps II;
- elaboração do projeto "Implantação do apoio matricial em Saúde Mental no Município de Fernandópolis";
- processo de identificação e construção do Fluxograma Ambulatorial e do Fluxograma de Urgência de Saúde mental para pactuar com demais representantes da rede a "Rede de Saúde Mental".

Entretanto, nesses encontros emergiram outras demandas, além do apoio ao Caps para articular a rede de serviços. Os trabalhadores da equipe explicitaram várias angústias em relação ao trabalho na saúde mental, demandando espaços de conversa sobre seu trabalho. Surge a necessidade de fortalecer a equipe enquanto coletivo (produtor de saúde ou doença). Percebemos nestes encontros que eles também reproduziam na sua clínica a lógica do especialismo, muito centrada na Psiquiatria como interlocutor privilegiado do paciente.

Assim, em todas as visitas reservamos um período para produzir um momento de reflexão com a equipe, pois entendemos que o processo de matriciamento precisa também resignificar o conceito de produção de saúde que atravessa os sujeitos no seu fazer. Demanda um outro modo de pensar/fazer em saúde mental que nos convoca a repensar

as alienações que produzimos ou mantemos, as implicações dos próprios terapeutas nessa produção e como a forma em que o processo de trabalho está organizado condiciona as possibilidades de transformação e a produção de novos sujeitos.

Ao analisar a experiência italiana de desinstitucionalização no campo da Saúde Mental Rotelli, Leonardis & Mauri (1994) denunciam os perigos dos serviços substitutivos que ao invés de superar a demanda de internação reafirmam-na, dentro de um sistema fragmentado e operado sobre o que Costa-Rosa (2011) denomina Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que tem como uma das características o modo taylorista de produção e organização do processo de trabalho. Neste sentido, os Caps e outros serviços substitutivos podem ainda atuar dentro de uma lógica manicomial, considerando o conceito manicomial como expressão de anulação das subjetividades, que segrega, aliena e promove a morte dos indivíduos, mesmo em vida, atributo não mais exclusivo dos hospitais psiquiátricos (LOPES, 1999). Amarante também amplia o conceito de manicômio ao afirmar que "manicômio é sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar" (AMARANTE, 1999, p. 49).

No fim do ano de 2011, as unidades contempladas pelo projeto-piloto, pelo Caps II e pelos coordenadores de cursos universitários da cidade de Fernandópolis reuniram-se para realizar um balanço geral do processo e estabelecer novos objetivos. Houve a percepção por parte dos trabalhadores das USFs presentes, de uma mudança em termos da abordagem ao sujeito com sofrimento mental e uma maior facilidade de compreensão das demandas de cada sujeito, percebem a necessidade do reconhecimento das situações cotidianas que podem levar ao adoecimento psíquico, mas se deparam com a falta de perspectivas de abordagem de tais situações devido à deficiência da rede em suprir atendimento em Psicologia, tais como grupos comunitários e outras intervenções. À época, duas das unidades participantes haviam implementado grupos de atividades físicas ou manuais com seus usuários. Tais unidades observaram uma diminuição do número de encaminhamentos para Psiquiatria e uma maior agilidade na atuação em parceria com o Caps II no acolhimento dos casos graves.

Desde o fim de 2011, a microrregião vem estruturando outro dispositivo de atenção ao portador de transtorno mental com a possibilidade de abordagem interdisciplinar. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Fernandópolis (Cisarf) vem trabalhando com uma equipe composta por três psiquiatras, três psicólogos, um terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, duas técnicas de Enfermagem, um assistente social. O consórcio, que historicamente respondia pelos atendimentos em algumas especialidades médicas na região, vinha encarando nos últimos anos uma demanda crescente por atendimentos em Psiquiatria. O crescimento da demanda não era acompanhado por alta ou

encaminhamentos dos usuários já em atendimento, o que resultou em uma sobrecarga grave com crescente demanda reprimida sem classificação de risco, medicalização excessiva e cronificação da situação de doença de diversos usuários. Observava-se também a ausência de rede para atendimento a usuários de substâncias psicoativas e álcool, além de carência na atenção a crianças e a adolescentes em grave situação de sofrimento. Dessa forma e em consonância com as discussões promovidas pelo Caps II, observou-se a necessidade de ação em curto prazo para a melhoria da assistência com a contratação de equipe multidisciplinar para atender usuários de álcool e outras substâncias psicoativas em regime ambulatorial. Tal equipe extrapolou o objetivo inicial e vem atendendo, além dos usuários de substâncias psicoativas, crianças, adolescentes e a população adulta da região que tem indicação de atendimento multidisciplinar. As atividades promovidas envolvem grupos de Psicologia, de promoção social e Enfermagem, oficinas terapêuticas, atividades físicas extramuros, atendimentos individuais em Psiquiatria, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social, além de grupos para famílias de portadores de dependência química e de orientação para pais de crianças e adolescentes em tratamento.

A região está em processo de discussão e pactuação do projeto para a implantação de um Caps ad regional, prevista para o decorrer de 2013.

Durante o ano de 2012, o projeto de apoio matricial continuou por meio da manutenção de visitas regulares dos profissionais do Caps às unidades piloto matriciadas. As visitas são realizadas dentro das possibilidades de conciliação de cargas horárias e demanda de serviço dos profissionais do Caps e das unidades piloto, aproximadamente a cada seis semanas em cada unidade, com a presença da psiquiatra e da coordenadora do Caps II, além de um terceiro profissional de nível universitário (USF Paulista: Psicóloga; USF Cecap: enfermeiro; USF Brasilandia: Terapeuta Ocupacional). Durante as visitas os profissionais da USF apresentam casos para discussão clínica, articulam e debatem visitas domiciliares conjuntas ou consulta médica conjunta entre os profissionais da USF e matriciadores. As reuniões contam com a presença dos médicos das unidades matriciadas, enfermeiro, estudantes de Medicina e alguns ACS.

O processo geral é rediscutido periodicamente com a presença dos trabalhadores das unidades participantes, apoiadores da PNH, representantes da gestão, representantes do CMS e outros parceiros a fim de realizar análise crítica e encaminhamentos pertinentes. As equipes participantes têm como objetivo a extensão do projeto para as demais USF da cidade, pois observam avanços na assistência em saúde mental na região e consideram insuficiente a frequência atual das visitas para a demanda das unidades e para o aprofundamento das discussões em saúde mental.

As equipes observaram avanços e benefícios para a maioria dos usuários que tiveram seus casos discutidos entre os serviços. Além das ações realizadas localmente foram realizados inúmeros encaminhamentos para atendimentos psicológicos e em grupo para pacientes em sofrimento psíquico. Houve a tentativa de implementação de atendimentos em Terapia Familiar nas unidades em parceria com o curso de Psicologia da Fundação Educacional de Fernandópolis, no entanto, as unidades relataram grande resistência por parte das famílias e tal iniciativa foi descontinuada devido à baixa adesão dos usuários.

As equipes identificam também a necessidade de apoio psicológico aos trabalhadores da Atenção Básica, necessidade que ficou mais evidente com a aproximação do contato com a temática da saúde mental. Interessa observar que é alta a proporção de trabalhadores em uso de psicotrópicos nas unidades matriciadas, possivelmente seja essa a realidade de outras unidades da região.

No decorrer dos trabalhos ocorreu uma reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Fernandópolis em que estiveram presentes também os apoiadores da PNH. Nela foram discutidas as estratégias de saúde mental do município e apresentado o projeto de Apoio Matricial para o Conselho Municipal. Após tal ação não houve continuidade de apropriação da discussão do tema pela gestão municipal, decisão política que seria de grande apoio para o avanço geral da construção da rede.

Algumas considerações até aqui

Acreditamos ser fundamental em um processo como este e em outros processos de intervenção que buscam, a partir de dispositivos e ferramentas, produzir efeitos instituintes no cotidiano de trabalho, colocar constantemente em análise os efeitos e os desdobramentos da intervenção. Durante toda esta trajetória observamos deslocamentos, mudanças de práticas, a articulação de coletivos, de um fazer solidário, que sem dúvida podemos apontar como uma conquista. Segundo Oliveira (2008):

> Uma equipe que não se reuni, que não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial. Nesses casos, a implementação do Apoio Matricial deve vir estrategicamente acompanhada de dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe. Por exemplo, haverá necessidade de espaços de discussão das equipes de referência, entre as equipes e os apoiadores matriciais e a participação destes em espaços nos quais seja possibilitada a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço como um todo. Muitas vezes surge a necessidade de adequações em vários processos organizacionais da rede como um todo (OLIVEIRA, 2008, p. 278).

Porém, há outros elementos analíticos que devemos levar em consideração para colocar em questão não somente o processo de implantação do apoio matricial, mas também a dinâmica de funcionamento do próprio espaço coletivo. Estes espaços coletivos têm por objetivo criar espaços de poder compartilhado a partir da promoção de encontros entre distintos sujeitos envolvidos com a produção da atenção à saúde, sejam internos (trabalhadores e gestores) e externos (usuários), destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos) (CAMPOS, 2000).

A produção destes espaços é um grande desafio. Isso porque fazer roda e desencadear espaços de cogestão não é simplesmente instituir um lugar no espaço e no tempo para se reunir, este pode ser o primeiro passo, mas é um de muitos investimentos e enfrentamentos que a articulação e a sustentação dos espaços de cogestão convoca.

Em relação aos outros elementos analíticos que devemos considerar quando o que está em questão são os efeitos e os desdobramentos de processos de apoio, Bertussi (2010) e Oliveira (2011) apresentam importantes contribuições.

Bertussi (2010) apresenta alguns dispositivos analíticos. Denominando de planos constitutivos do apoio, delimita quatro planos para analisar as diferentes modalidade/possibilidades de apoio: 1º plano: o conceito de devir; 2º plano: a ideia de intercessores de Deleuze; 3º plano: a análise de como se produzem as relações no organograma (modo arborescente e modo rizomático); 4º plano: a caixa de ferramentas do apoiador para desenvolver o apoio com as equipes.

Estes planos de análise desenvolvidos por Bertussi (2010), principalmente os três primeiros, afirmam o modo processual e inventivo do fazer apoio. Quando coloca o conceito de devir como primeiro plano de análise é para enfatizar que apoiar não é seguir modelos nem mesmo se fixar a atingir um objetivo prefixado, por mais que seja necessário às vezes delimitar um objetivo para a intervenção. O que importa no apoio é produzir processos, instabilizar constantemente os instituídos produzindo zonas de indiscernibilidade, de indiferenciação. Para isso, os espaços do apoio devem produzir encontros que provoquem estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos para que, a partir destes, possam se deslocar os pensamentos abrindo o grupo para a possibilidade de invenção, criação de novas práticas, novos modos de fazer e de relacionar-se com o cotidiano e suas questões: espaço intercessor. Desta maneira, o apoio deve afirmar seu modo rizomático de estar e de conectar-se na multiplicidade de fluxos que atravessam os espaços intercessores, produzindo agenciamentos e abrindo-se para o ilimitado, ou seja, o devir. Para tanto, o apoiador deve ter acesso a ferramentas que possibilitem produzir análise micropolíticas, abrindo-se para o campo

das forças que atravessam os serviços, escapando da análise produzida apenas a partir das linhas molares.

A contribuição que Oliveira (2011) nos traz está relacionada com a definição de alguns princípios para a constituição do apoio matricial.[9] O primeiro princípio diz respeito ao processo de definição do objeto de intervenção do apoio matricial, enquanto o segundo princípio está relacionado com a discussão do conceito de necessidade.

O processo de apoio é marcado pela relação apoiador-apoiado onde, de um lado, encontra-se um ator institucional portador de alguma necessidade, dando visibilidade/dizibilidade a demandas/problemas e, do outro, a figura do apoiador, ator que detém saberes, práticas e competências que supostamente possam trazer contribuições em relação à demanda/problema identificado. O objeto de intervenção é o que condiciona esta relação apoiador-apoiado constituindo-os reciprocamente. Para Oliveira (2011):

> A formulação de um processo de apoio matricial deve passar, desse modo, pela definição de objetos de intervenção que sustentem a relação apoiador-apoiado em um regime de ofertas/demandas que façam sentido no contexto institucional (OLIVEIRA, 2011, p. 111).

Esta constatação é muito importante para o campo de análise do processo de apoio, pois: "O que define o arranjo operacional do apoio matricial em última instância são as demandas e as possibilidades de ofertas no contexto da organização" (OLIVEIRA, 2011, p. 113).

Ou seja, apoiador e apoiado não são lugares fixos, mas vão se deslocando e coproduzindo-se conforme as necessidades e as demandas. Essa constatação pode produzir efeitos diversos como:

> (1) o reconhecimento de que não há auto-suficiência de saberes no campo da saúde – "reconhecer que não sei"; (2) despertar o interesse em aprender algo novo/diferente – "posso aprender"; (3) o reconhecimento de saberes em outros – "alguém além de mim sabe"; (4) o reconhecimento de que o suposto "sabido" pode não saber – "esperava que o especialista soubesse, mas ele também não sabe"; (5) a aquisição de capacidade de produzir redes conectadas e solidárias – "hoje eu solicito apoio, amanhã eu apoio" (OLIVEIRA, 2011, p. 112).

Articulando esta discussão com o segundo princípio, da discussão do conceito de necessidade, conclui-se que os saberes, as práticas, os objetos e a competência necessários para a resolução de um problema ou demanda são sempre definidos parcialmente, "uma vez que tanto problemas/demandas quanto suas soluções são sempre expressões da realidade

[9] Apesar de Oliveira (2011) especificar os princípios somente para a constituição do apoio matricial entendemos que eles também são aplicáveis nas outras modalidades de apoio.

em mutação" (OLIVEIRA, 2011, p. 113). Oliveira (2011) afirma o apoio matricial como um dispositivo "antiespecialismo" e produtor de inteligência coletiva. Isto é muito importante, pois, ao analisar a experiência do apoio matricial, precisamos ficar atentos até que ponto este dispositivo está afirmando novas relações de saber-poder entre os atores institucionais que habitam o cotidiano dos serviços de saúde, alterando jogos de forças dos diagramas de poder, ou pelo contrário, reforça relações verticais de poder-saber, reafirmando as práticas do "especialismo".

Campos (2003) contribui com este campo de análise ao delimitar o lugar institucional do apoio: lugar de poder institucional, lugar de suposto saber; e ao mesmo tempo, um lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo (OLIVEIRA, 2011).

No caso de Fernandópolis, o apoiador foi demandado para ocupar um lugar de suposto saber, o que tem de ser posto em análise na implicação dos apoiadores no transcurso do processo e quando debatemos esta experiência.

No presente relato trouxemos inúmeros fatos que se produziram na intervenção, mas não podemos tomar estes como afirmações empíricas e sim como analisadores para refletir sobre os efeitos e os desdobramentos do apoio matricial identificando as linhas de captura e de fuga construídas.

Exemplificando: colocar em análise a demanda por apoio psicológico das equipes de trabalho ou o uso de psicotrópicos pelos trabalhadores da saúde. Também a questão de quem partiu a demanda de terapia familiar na ESF? Dos trabalhadores? Dos usuários? Escutamos as demandas dos usuários ou as criamos? Como avançar no matriciamento em/com outras unidades quando não há vontade política do gestor em ampliar e qualificar a rede de serviços? Considerando que:

> A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. São esses processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território (BRASIL, 2009, p. 8).

Colocar em análise o fato da gestão municipal, priorizar efetivamente o projeto. A reunião com a diretora de saúde não produziu maiores consequências. Quais os limites e os riscos do projeto ser desenvolvido sem apoio da gestão municipal? Pois como afirma Tenório (2009): "É necessário que o apoio matricial seja parte de um processo de re-invenção de novas organizações e relações, e não uma ferramenta isolada num contexto extremamente hierarquizado" (TENÓRIO, 2009).

Portanto, a iniciativa e a responsabilidade pelo processo de implantação do apoio matricial assim como outras iniciativas que visam qualificar o acesso aos serviços de saúde mental, ampliando a resolutividade destes, não pode partir de um ator só, seja trabalhador, gestor ou usuário/familiares. Iniciativas como estas devem incluir todos os atores envolvidos na produção de saúde em um processo de aumento do grau de comunicação entre estes atores transformando a matriz relacional, muitas vezes estabelecida por meio de relações autoritárias de saber-poder que produzem, entre outros efeitos, relações polarizadas, iatrogênese, baixa autonomia e protagonismo dos trabalhadores e dos usuários. Só é possível qualificar a rede de serviços aumentando sua resolutividade quando processos que visam tais objetivos produzam concomitantemente democracia institucional e envolvimento da gestão local.

Referências

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A. **Fim de século**: Ainda Manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

______. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: redes de produção de saúde. Brasília, 2009.

______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 28 out. 2012.

______. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 10**, Brasília, v. 7, n. 10, mar. 2012.

______. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W.; GERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC, 2008.

COSTA-ROSA, A. Ensaio 1: modos de produção das Instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética, ou a subjetividade capitalística e a outra. In: ______. **Operadores fundamentais da atenção psicossocial**: contribuição a uma clínica critica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2011, p. 10-43.

LOPES, I. C. Centro de Convivência e cooperativa: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: FERNANDES, M. I. A. **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

LUZIO, C. A. **Atenção em saúde mental em Municípios de pequeno e médio porte**. 2003. 366 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em redes. In: CAMPO, G. W. S; GERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC, 2008.

______. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 168 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1994.

TENÓRIO, G. **O apoio matricial**: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção. [S.l.: s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/node/7510 >. Acesso em: 28 out. 2012.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e seu contexto histórico**. 1991. Assis, São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, São Paulo, 1991.

Formação-intervenção como Dispositivo de Apoio à Rede de Atenção Psicossocial na Região Metropolitana de Porto Alegre[1]

Carolina Eidelwein[2]

[1] Esta é uma versão ampliada e revisada do artigo *A política nacional de humanização e o desenrolar do fio da esperança equilibrista* publicado na revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2098>.

[2] Psicóloga na SES-RS, especialista em Humanização da Gestão e Atenção do SUS (UFRGS), mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), integrante do grupo Intervires pesquisa-intervenção em políticas públicas, saúde mental e cuidado em rede. *E-mail*: <caroleidelwein@yahoo.com.br>.

Resumo

O presente artigo analisa uma experiência de apoio institucional proposta no âmbito do curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio Grande do Sul. Reflete sobre a criação de condições para a inserção de dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde em um serviço de Saúde Mental, a partir de uma pesquisa-intervenção fundamentada pelo arcabouço teórico-metodológico da PNH. Relaciona o modelo de atenção psicossocial com a política de humanização, particularmente com sua diretriz da cogestão, referendando o argumento de que a capilarização da PNH passa necessariamente pela constituição de grupalidades e pelo trabalho em redes.

Palavras-chave:

Humanização. Educação em saúde. Cogestão. Saúde mental. Apoio institucional.

Introdução

Este trabalho debate a função do apoio institucional no agenciamento de coletivos para a inserção da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) nas práticas em saúde mental de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Trata-se de um relato da experiência como apoiadora institucional em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), a partir do curso de especialização em Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Esse curso-intervenção foi realizado entre os anos de 2008 e 2009, viabilizado por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

O curso em questão apresentava a proposta metodológica de inserção dos alunos como apoiadores institucionais nos próprios municípios em que eram trabalhadores do SUS, com o objetivo de construção de uma intervenção a partir da análise do cenário e da análise de suas implicações, a fim de que pudessem dar início ou continuidade ao trabalho com a PNH nesses locais.

A intervenção aqui discutida teve seu foco delimitado a partir do mapeamento do cenário a organização do serviço e da rede municipal de saúde onde este se insere – e do rumo tomado pelos acontecimentos durante o processo do curso. Antes de realizarmos a opção pelo trabalho com um dispositivo específico, entre os dispositivos ofertados pela PNH, deparamo-nos com a necessidade de criar condições para que a equipe do serviço em que nos inserimos como apoiadora pudesse se colocar como protagonista de seus processos de trabalho. Avaliamos que o trabalho seria eminentemente micropolítico, tendo a diretriz da cogestão como norteadora da intervenção.

Buscamos refletir sobre a criação dessas condições para uma possível oferta de dispositivos da PNH a esse serviço de Saúde Mental, ao relacionar o modelo de atenção psicossocial com a política de humanização. Partimos da ideia de que estas condições passariam necessariamente pela constituição de grupalidades e pelo trabalho em redes que também são pontos fundamentais para a desinstitucionalização da loucura. Entendemos que a função do apoio institucional tem a potencialidade de colocar na roda esse debate.

Adentrando o cenário

Nossa intervenção aconteceu em um município com cerca de 200 mil habitantes, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, no qual historicamente a assistência em saúde vinha sendo constituída de forma centralizada, a partir de serviços de atenção especializada e com capacidade quantitativamente inferior às necessidades em saúde presentes na região. Ao mesmo tempo, a gestão nesse campo vinha se caracterizando pela concentração de poder, por meio de um organograma excessivamente enxuto e da

ausência de sistematização de uma política municipal de saúde. Os cargos de gestão eram eminentemente político-partidários, sendo rarefeitas as coordenações técnicas dos serviços. As instâncias de participação social no município pareciam refletir as marcas históricas impressas por políticas assistencialistas de governo.

Naquela época, a gestão municipal estava investindo na descentralização dos serviços e na ampliação da atenção básica. A rede de atenção encontrava-se em expansão, mas não era possível descrever avanços no que diz respeito ao modelo de gestão. Assim, ao analisarmos o cenário sob a perspectiva da PNH, eram candentes os entraves vivenciados na rede municipal de saúde. Pela inexistência de uma construção coletiva e democrática de uma política pública de saúde no município, cada profissional e cada serviço operava de acordo com uma lógica idiossincrática, que geralmente dava prioridade a interesses privatistas em detrimento do compromisso social com a produção de saúde. Os dispositivos da PNH que traduzem práticas engajadas com o acolhimento, a clínica ampliada, as equipes de referência, a cogestão, os direitos dos usuários, o trabalho com redes sociais e a valorização do trabalho em saúde passavam ao longe da maioria dos serviços. Em nosso percurso de trabalho nesse município experimentávamos a contribuição decisiva dos elementos ora apontados para a fragmentação da atenção e da gestão experimentada nos serviços de saúde.

A lógica que permeava aquela gestão e a atenção, à medida que ambas se encontram em um regime de inseparabilidade – era predominantemente instrumental, baseada no modelo biomédico, fundamentada em uma moral asséptica que desconsiderava os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde tanto os usuários quanto os trabalhadores do SUS no município.

Nesse sentido, a opção pelo trabalho micropolítico inserido na equipe de profissionais do Caps deu-se pelo diagnóstico de que o cenário colaborava decisivamente para o predomínio de uma lógica de individualização e de desresponsabilização entre os trabalhadores, inclusive como defesa diante da precarização das condições de trabalho e do adoecimento. Em termos empregatícios, os trabalhadores da saúde tinham seu papel legitimado: eram servidores públicos em regime estatutário, com cargos estabelecidos pela legislação municipal. Essa precarização a que nos referimos era sutil – estava implícita nas relações de trabalho e consistia no próprio apagamento dos trabalhadores enquanto sujeitos à medida que experimentavam cotidianamente a desconsideração de seus saberes e de suas potencialidades para a construção e a cogestão de uma política pública.

Assim, aproximando-nos da função apoio institucional (CAMPOS, 2007) pudemos mapear a necessidade de fomento do protagonismo e da autonomia com os trabalhadores, com

vistas à ampliação da transversalidade e da grupalidade naquele coletivo que compunha o serviço de saúde mental em questão.

Esse serviço, onde teve lugar nossa intervenção, vinha passando por um processo gradativo de democratização das relações, com o favorecimento da análise dos processos de trabalho e da construção de um modo de cuidar a partir do modelo psicossocial. Esse processo tomava corpo principalmente nas reuniões da equipe de profissionais, que ocorriam semanalmente por meio de rodas onde eram discutidos os casos clínicos, os processos de trabalho e também as questões administrativas. Avaliamos que alguns dos movimentos aqui apontados já estavam em curso no cenário da intervenção e foram catalisados a partir do processo do apoio institucional, outros foram disparados no decorrer do percurso.

Mesmo partindo desses espaços potentes de trabalho, sempre que envolviam a instância ampliada de gestão, as pactuações propostas pela equipe chegavam a um esvaziamento. A passagem do plano micro ao plano macropolítico apresentava-se enrijecida. Os processos decisórios ficavam estagnados e a governabilidade dos serviços de saúde mental do município era precária, à medida que os atores envolvidos nesse processo de produção de saúde encontravam-se paralisados ante a postura distante e pouco flexível do gestor municipal de saúde.

Nos escritos que seguem, trataremos do relato de nosso percurso pela intervenção proposta no curso de especialização. No desenrolar do processo colocaremos em análise nossa implicação com a PNH, inserida no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira; a função apoio institucional na construção de nosso Plano de Intervenção; o processo de avaliação e de monitoramento da intervenção a partir da PNH; a reconfiguração de nossa proposta; o trabalho em redes e a organização de um Seminário de Humanização, pela Unidade de Produção do curso. São alguns pontos que consideramos fundamentais dentro dessa experiência de apoio institucional desencadeada via PNH.

O desenrolar do processo

No percurso formativo trabalhamos o conceito de intervenção desde uma perspectiva processual, em que a mudança almejada não é uma mudança antecipável e, por esse motivo, as metas não estão dadas de antemão elas se constroem ao longo do processo, são inerentes a ele. Paulon (2005, p. 22) refere que ao operar no plano dos acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela.

Dessa forma, essa experiência de inserção como apoiadora institucional consistiu na experiência de interpor-se em um processo que já estava em andamento e de atravessar os processos de trabalho da equipe, dando passagem ao movimento coletivo. Tratou-se

da tessitura de uma intervenção no interior do coletivo em que também nos inserimos como mais uma trabalhadora da saúde em posição de paridade com os colegas apoiados – ao cartografar os movimentos do coletivo e nosso próprio movimento de apoiadora institucional. Encontramos a possibilidade de avanços, retrocessos, paralisações, construção de projetos, mudança de rumos e de avaliação todos eles movimentos entendidos dentro de um mesmo processo.

Nosso campo de análise e de intervenção teve como espaço privilegiado as reuniões da equipe multiprofissional que compunha o trabalho em saúde mental no município em que atuávamos. A seguir, serão analisados alguns elementos de nossa trajetória no apoio institucional, a começar pela análise de nossa implicação com a Política Nacional de Humanização.

Por que a PNH?

O SUS é uma política pública em construção. Ancorada na legislação federal (Constituição Federal/1988; Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), tem propiciado grandes avanços lado a lado ao surgimento de novas questões a serem pensadas a partir de sua implantação. Está em constante movimento, encontrando novos desafios a cada dia. Desafios que dizem respeito ao acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde; à ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar; à valorização dos trabalhadores de saúde; à vinculação destes com os usuários (BRASIL, 2008a). Enfim, desafios que se referem aos modos de cuidar e aos modos de gerir os processos de produção de saúde em nosso país. Desafios que indicam a necessidade de mudanças.

E para que ocorram mudanças no modelo de atenção, é preciso que também se façam mudanças no modelo de gestão, conforme estabelece o Documento Base da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008a, p. 8). Nesse contexto de produção da PNH, Barros e Passos (2005a, p. 391) apontam que a humanização se trata de uma estratégia de interferência nas práticas de saúde levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Os autores apostam no exercício de um modo coletivo e cogestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção.

É importante ressaltar que a concepção de coletivo que engendra esse conceito de humanização não é uma concepção trivial do que seja um coletivo. Barros e Passos (2005b) remetem a reflexão sobre essa concepção ao funcionamento da máquina do Estado, com seu intrincado poder ali expresso em programas, projetos, burocracias, instâncias e esferas de governo político. Referem que a complexidade dessa máquina faz de seu interior um

mundo que tende a nos atrair e capturar. Todavia, os autores ponderam que, apesar dessa tendência à interiorização, há na máquina do Estado um fora que insiste e que é nomeado por eles como plano do coletivo. Trata-se do espaço em que a política se consolida como experiência pública ou *res*pública.

É nesse fora do Estado, nesse plano do coletivo – no qual a saúde se apresenta como uma questão pública – que a aposta na humanização das práticas de saúde impõe, para os autores supracitados, que a relação entre Estado e política pública seja repensada. Referem que, no momento em que esses dois termos não são mais tomados como coincidentes, quando o domínio do Estado e o do público não mais se justapõem, não se pode aceitar como dada a relação entre eles. Se o público diz respeito à experiência concreta dos coletivos, ele está em um plano diferente daquele do Estado como figura da transcendência moderna. O plano do público é aquele construído a partir das experiências de cada homem. Assim, humanizar as práticas de atenção e de gestão em saúde é levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (BARROS; PASSOS, 2005b).

É por esse motivo que Barros e Passos lembram que da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida – vide o contexto sempre atual de disputa entre saberes-poderes no plano da saúde mental, lugar de onde falamos. Apontam que construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (BARROS; PASSOS, 2005a, p. 391). Este trabalho de conexão se faz imprescindível quando nos deparamos com o fato de que não basta que haja uma gestão municipal engajada aos princípios do SUS, é preciso que o trabalho concreto no território seja sustentado ao longo do tempo pelos coletivos para que a política de governo se transmute em política pública, política de todos. As alterações da experiência coletiva é que garantem o sentido público das políticas que também atravessam o Estado. A PNH propôs-se a operar neste limite entre a máquina do Estado e o plano coletivo, apostando que as políticas públicas devem prevalecer na orientação das ações governamentais.

No cenário local de nossa intervenção, imbricavam-se os desafios da implantação do SUS com os de outra luta que também apresenta fundamentos ambiciosos, que é a luta pela consolidação da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), no campo das práticas em Saúde Mental Coletiva onde o Caps se insere. É possível pensar na articulação desses dois movimentos sociais como solo fértil para o advento da Política de Humanização, que vem na esteira da luta pela integralidade do cuidado ao portador de sofrimento psíquico. SUS, Reforma Psiquiátrica e PNH – temos aí a confluência de três conjuntos teórico-práticos bastante complexos sustentados por um posicionamento ético comum: a defesa da vida.

Reis, Marazina e Gallo (2004) apontam que o campo da Saúde Mental antecipou o movimento mais geral de humanização na Saúde, tendo abrigado uma das primeiras e mais radicais manifestações em prol da humanização no setor dentro do Sistema de Saúde – por meio da luta antimanicomial pelo fato de ali vicejarem as condições mais deletérias, mais desumanas no campo da Saúde, afetando e brutalizando a todos, clientes internos e externos (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004, p. 39).

Esses movimentos vêm proporcionando o estabelecimento de relações mais solidárias entre trabalhadores, usuários e gestores; de respeito e de inclusão das diferenças entre esses sujeitos; e de acolhimento à dimensão do sofrimento nas práticas de cuidado. Aqui se pode considerar que uma política de humanização consistente seja uma rede de amparo e continência para usuários e profissionais que nela estão implicados, como uma instância de libertação real de seus sujeitos (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004, p. 43).

Assim como o SUS, o movimento da Reforma Psiquiátrica, no campo da Saúde Mental, também precisa ser tomado do ponto de vista processual e, nessa medida, ser analisado a partir da consideração de seus avanços e desafios. Nas linhas que seguem, trataremos de nossa inserção como apoiadora institucional nesse intrincado campo de intervenção.

Do encontro com a Política Nacional de Humanização: asas à esperança equilibrista

Nossa inserção no curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS e nosso encontro com a PNH ocorreram de forma intensa e carregada de otimismo. Concomitante ao início daquele percurso formativo-interventivo, alavancava-se no Departamento de Saúde Mental do município um processo de supervisão clínico-institucional financiado pelo Ministério da Saúde por meio de um programa para qualificação dos Caps.

Esse fato acelerou inicialmente o movimento institucional e, logo de saída, tivemos a articulação para a implantação de um Colegiado Gestor do Departamento. Foi composto por dois integrantes de cada serviço da rede Caps II, Ambulatório de Álcool e Drogas e Núcleo Infantojuvenil de Atendimento em Saúde Mental os quais foram denominados Apoiadores Institucionais. Foi em um duplo movimento que a nossa inserção teve lugar: enquanto apoiadora institucional do Caps II no Colegiado Gestor e como apoiadora institucional da PNH no Departamento.

De partida, avaliamos a necessidade de legitimar esse colegiado, que teve a aprovação do diretor de Saúde Mental, mas que certamente encontraria entraves na Secretaria Municipal da Saúde, que parecia não afeita às práticas de gestão participativa. Naquele momento avaliamos que nosso Plano de Intervenção pudesse ser baseado na implantação do dispositivo Colegiado Gestor.

O apoio institucional e o desenrolar do fio da esperança equilibrista: o plano de intervenção

A função apoio institucional constitui-se como ferramenta para a atualização das diretrizes da PNH em agenciamentos coletivos concretos. Conforme Campos (2007), a função apoio é resultante da ação de sujeitos que atravessam o processo de trabalho de coletivos, ajudando-os nas tarefas de qualificar suas ofertas clínicas e de saúde pública, de um lado, e ampliar o grau de grupalidade, de outro lado. Além disso, pode ser entendido como uma tarefa com o propósito de ajudar as equipes a se constituírem em novas relações de poder, mais democráticas, conformadoras de novos modos de subjetivação, o que permitiria a ampliação de sua capacidade operativa, ela mesma afirmativa de uma nova grupalidade (PASCHE, 2007). Assim, entendemos a função apoio como ferramenta privilegiada para a sustentação de práticas cogeridas.

No arcabouço teórico-prático da PNH,

> a cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2007, p. 8).

O exercício da cogestão se dá nos espaços coletivos, que segundo Campos são arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações (CAMPOS, 2007, p. 42). Aí os modos de se construir democracia engendrariam a constituição de sujeitos potentes para sustentá-la.

O autor alerta que a cogestão de coletivos organizados para a produção depende de vontade política e de condições objetivas. Acrescenta que o Método da Roda,[3] que fundamenta a política de humanização, propõe-se a construí-las com a máxima racionalidade possível (CAMPOS, 2007).

Diante das características do cenário exposto, nossa intervenção como apoiadora institucional passou pela sustentação do espaço coletivo de trocas, bem como pela articulação de forças para que as decisões do coletivo fossem encaminhadas aos setores competentes pelo gestor do Departamento. Os objetivos consistiriam em agenciar o incremento da grupalidade e do protagonismo para realizar pactuações, no sentido da democratização das relações de trabalho.

No princípio havia a intenção de que a implantação do Colegiado Gestor pudesse funcionar como dispositivo para o alcance desses objetivos. Pensávamos que o avanço

[3] O Método da Roda ou Método Paidéia (CAMPOS, 2007) consiste em um modo de fazer gestão para coletivos considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde.

desse movimento inicial é que propiciaria o surgimento de condições de possibilidade para a inserção de outros dispositivos da PNH no serviço e no município. Isso implicaria infiltração de novos modos de gerir e de cuidar, com a oferta de alternativas e a aproximação com a Secretaria de Saúde, o que requereria contágio e articulação com novos parceiros.

Avaliação e monitoramento: pensar e andar no justo tempo, à moda do equilibrista

O monitoramento do processo de intervenção apontou para a precariedade e fragilidade da vontade política e das condições objetivas para a cogestão dos coletivos por meio do Colegiado Gestor no cenário da Saúde Mental no município. Essa constatação propiciou uma torção na direção de nosso trabalho. Foi como se confrontássemos o modelo por nós idealizado do dispositivo do Colegiado Gestor com a realidade que se apresentava aos nossos olhos. Naquelas condições, passamos a entender a necessidade de haver um fortalecimento da noção de grupalidade e de coletividade na equipe, por intermédio do apoio institucional, para então caminharmos em uma direção sustentada pelo desejo coletivo.

Santos-Filho (2008) destaca que a avaliação deve ser realizada de modo a refletir a complexidade e a especificidade dos processos de intervenção. Para ele, a avaliação deve ser investida como dispositivo da PNH, valorizando não somente os *resultados dos processos*, mas o próprio *processo/movimento* [em sua potência participativa e ampliada] (SANTOS-FILHO, 2008, p. 2). Assim, o autor alerta que é preciso escapar do risco de apreendê-los [os dispositivos] em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição.

O autor refere que não há sentido em se recortar como indicador apenas a existência, a implementação ou não do dispositivo. O que interessa é averiguar, no contexto da intervenção, o sentido que lhe é atribuído pelos sujeitos, se ele traz em si um novo modo de existir e de fazer, se ele transforma o cotidiano do serviço de saúde (SANTOS-FILHO, 2008, p. 5). A seguir, descreveremos alguns elementos que compuseram nossa análise e contribuíram para um desvio estratégico na intervenção proposta.

1 Parada avaliativa: o coletivo na corda bamba

O estabelecimento do Colegiado Gestor do Departamento de Saúde Mental consistiu em uma tentativa de articulação para obter avanços no trabalho realizado, principalmente em termos gerenciais. Tentativa esta que partiu do interior das três equipes de saúde mental do município, sem as devidas pactuações com a Secretaria de Saúde. A busca de sua legitimação perante esta instância de gestão estagnou em função da paralisação em que nos encontrávamos diante da indisponibilidade do gestor municipal para o diálogo e para a construção coletiva. Assim, o Colegiado foi se deparando com uma carência de poder

deliberativo e de governabilidade, tendo um papel estritamente consultivo. Sua função consistia em instrumentalizar tecnicamente o diretor do Departamento para a tomada de decisões, à medida que a Secretaria não demonstrava abertura para a realização de fóruns participativos.

As falas dos profissionais da equipe apontaram para a necessidade de construção coletiva do papel do Colegiado Gestor, pois foi ficando claro que sua constituição ocorreu de forma apressada, sem a necessária discussão para o estabelecimento de consensos e para a apropriação desse processo pelas equipes. Santos-Filho (2009), ao discorrer sobre o perigo da implementação do dispositivo do Colegiado Gestor de forma burocrática acrescenta que

> [...] uma prática discursiva em toda a sua potencialidade (capaz de produzir/fomentar autonomia) ainda é incipiente no cotidiano dos serviços, e tanto as ações (focos, prioridades, escolhas) quanto os conflitos institucionais, são pouco problematizados e direcionados no espaço do coletivo (SANTOS-FILHO, 2009, p. 2-3).

Além disso, vínhamos questionando, ao longo do processo do curso, a viabilidade de nos colocarmos enquanto apoiadores institucionais em nosso local de trabalho, na própria equipe a qual integrávamos. Moura et al. (2003) referem que o importante nas práticas de intervenção institucional é a constatação de que a presença de um terceiro é indispensável (MOURA et al., 2003, p. 175). Em nosso caso, avaliamos que a Unidade de Produção (UP) do curso de especialização ocupou esse lugar, à medida que costumávamos colocar em análise nesse coletivo nossas práticas enquanto apoiadores nos locais de trabalho.

E foi a partir dos encontros da UP que pudemos formular o entendimento de que ainda não era possível que o Colegiado Gestor da Saúde Mental tivesse legitimidade, pois sequer os serviços possuíam coordenadores autorizados e legitimados. Existiam alguns passos anteriores ao Colegiado Gestor, no que dizia respeito à visibilidade do Departamento de Saúde Mental dentro da Secretaria de Saúde e à conformação de uma Política de Saúde Mental.

Os movimentos institucionais foram desacelerando gradativamente no decorrer do percurso, principalmente com a chegada do período das férias de verão. A supervisora clínico-institucional afastou-se do contexto da intervenção, o momento de transição política na administração municipal – entre o final de um mandato e o início do mandato seguinte – durou uns três meses e nesse ínterim o Colegiado Gestor esmoreceu.

Nesse cenário, a questão fundamental com que nos deparávamos é expressa por Campos (1998, p. 864) Como combinar democratização institucional com capacidade operacional

e, portanto, com algum grau de centralização vertical, sem o qual os estabelecimentos se perderiam em discussões intermináveis ou em particularismos?

E justamente a diretriz da cogestão apresenta o desafio de manter certo grau de centralidade lado a lado à democratização das relações. O que ocorria em nosso campo de intervenção era que a autoanálise da equipe não a levava à auto-organização (BAREMBLITT, 2002). Ela realmente vinha se perdendo em discussões intermináveis e em particularismos, conforme aponta Campos (1998). Observávamos que nesses momentos se instalava o silêncio, o sentimento de solidão e a procura de saídas individuais pelos trabalhadores.

Entendemos que o movimento da roda tenha estagnado, de certa forma, pela ausência da necessária institucionalidade da gestão da Saúde Mental, consequência do excesso de controle na autoritária gestão da Secretaria de Saúde. O monitoramento e a avaliação dos processos de produção de saúde eram práticas inexistentes no município. O campo da Saúde Mental sequer tinha visibilidade dentro da Secretaria, na medida em que os dados referentes à atenção prestada não eram transformados em informações, o que emperrava inclusive o faturamento dos serviços.

Essa realidade apontava para o predomínio de uma lógica manicomial na gestão da Saúde e, por consequência, da saúde mental do município. Sabemos que a reprodução de modos altamente verticalizados de gerir o trabalho expropria os sujeitos envolvidos, sejam trabalhadores ou usuários, de seus saberes e de seu poder contratual (KINOSHITA, 1996).

Aprendemos que o apoiador institucional na saúde mental tem o papel de tensionar a reflexão sobre as práticas da equipe, ao colocar a questão sobre o quanto manicomial ainda se quer ser. Sempre que trabalharmos em uma lógica de fragmentação e de alienação dos processos de trabalho, de predomínio de interesses individuais, de desresponsabilização pela assistência oferecida, de isolamento do serviço, de centralização das decisões, de hierarquização corporativista e de disciplinamento e controle sobre os usuários estaremos no ápice da lógica manicomial (e do SUS que dá errado).[4]

[4] A PNH apresenta-se como uma política construída a partir de experiências concretas desenvolvidas em todo o território nacional, as quais consistem no chamado SUS que dá certo. Aqui, levantamos certas práticas presentes no cenário em estudo que, ao contrário disso, contribuem para a precarização do SUS.

Reconfiguração da intervenção: o apoio institucional e o trabalho micropolítico

Apostamos, desde o início do curso, na sutileza como requisito para a construção de uma proposta de intervenção, com o cuidado de não impor a entrada da política de humanização no serviço, de forma a não reproduzir a forma de operar da gestão municipal da saúde principalmente pelo fato de que o apoio institucional não estava sustentado pelo desejo da equipe, tampouco do gestor.

Todavia essa aposta como a própria palavra denota não se deu sem investimento ou sem expectativas. Então a experiência do esmorecimento do movimento da roda trouxe certa frustração. Frustração que também deu lugar à compreensão de que o esmorecimento se deu porque o movimento não tinha a necessária sustentação em termos de condições objetivas para a gestão participativa. Tratava-se de mais um analisador do cenário, em relação ao processo de trabalho da equipe e do contexto em que ele estava inserido.

Assim, o trabalho passou por uma reconfiguração tendo como foco o plano micropolítico. Nesse momento foi possível o entendimento de que era preciso aguardar o tempo da equipe, fazendo o exercício de sustentar o trabalho sem tantas expectativas, acompanhando seu movimento, traduzindo e fazendo devoluções sobre seu processo oportunamente até o surgimento das demandas do grupo, considerando a dimensão dos limites da função-apoio, ainda que exercida por um par e sem quaisquer contratualizações. Passamos a levantar questionamentos sobre como produzir uma zona comum, como contagiar para o trabalho em rede, como produzir saúde onde estava instaurada a doença.

Entendemos o trabalho com a diretriz da cogestão como forma de produzir espaço potencial para a constituição de coletivos cogeridos. Apostar na cogestão é dar passagem ao potencial criativo e gestionário dos coletivos de trabalho, aliados aos interesses e às contribuições da comunidade, com a necessária centralidade operacional do gestor. E essa aposta da PNH, na potencialidade da cogestão, pode ser entendida como aposta na produção de saúde para todos os sujeitos envolvidos nas práticas de cuidado. Aí também é possível articular a diretriz da Valorização do Trabalho e do Trabalhador em Saúde (BRASIL, 2008b), pois é a partir do fortalecimento da capacidade individual e coletiva para transformar as situações que agridem e fazem sofrer (BARROS; MORI; BASTOS, 2006), da constituição de grupos capazes de impor resistências às determinações adversas do meio (CAMPOS, 1998) que se estará promovendo saúde nos locais de trabalho.

Nesse sentido que foram sendo ampliados os espaços de construção coletiva entre os profissionais. Além de buscarmos a corresponsabilização pelos atendimentos por parte da equipe do Caps, iniciamos um processo de abertura para o diálogo com outros serviços que em algum momento atendiam os mesmos usuários. Tornou-se possível agendarmos atendimentos conjuntos nas comunidades, acompanharmos o paciente quando hospitalizado, trabalharmos na lógica da corresponsabilização pelo cuidado. Ocorreram movimentos importantes no cenário, que foram movimentos parciais. Nem toda equipe tinha o mesmo entendimento sobre os modos de fazer clínica naquele contexto e nem toda a equipe trabalhava de forma homogênea. Naquele coletivo de trabalho, cada profissional sentia-se convocado de maneira diferente do outro. Cada vez mais os pacientes também foram chamados a participar das decisões e dos debates sobre a organização do

serviço. Com isso, os gestores passaram a ser demandados, de alguma forma, a estarem mais atentos para as questões da saúde mental do município (EIDELWEIN, 2010).

Em outras palavras, nos deparamos com a necessidade de respeito às relações e de estabelecimento de relações de composição. Adentramos o campo da ética, que segundo Sant’Anna (2001, p. 95) é entendida como o estabelecimento de relações nas quais, no lugar da dominação, se exercem composições entre os seres. Relações provisórias e essenciais, “que tornem supérfluo não mais os homens, nem mais a vida, mas sim as relações de dominação com o mundo em favor de encontros que potencializem, num mesmo gesto, a composição individual e a composição coletiva (SANT’ANNA, 2001, p. 97).

Com o reposicionamento de nosso olhar para o cenário, a partir do dispositivo da avaliação e do monitoramento, pudemos vislumbrar outro movimento, mais sutil, que se instalava na equipe. Um movimento relativo à clínica.

Foram disparados processos de tomada de decisões no coletivo no que dizia respeito à clínica que queríamos produzir o que dava lugar à discussão e à opção da equipe pelo modelo psicossocial. A partir das discussões de casos em reuniões tornou-se possível identificar alguns momentos importantes para a construção coletiva de um modo de cuidar. Passamos a perceber aí a existência de uma potente linha de fuga.

Houve um momento paradigmático no serviço, de atendimento a uma situação de crise, em que se operou uma diferença nos modos de acolher, avaliar e intervir em uma situação de crise. O atendimento estava sendo realizado por três profissionais, sendo uma enfermeira, uma psicóloga e uma médica psiquiatra, a qual tomou a decisão de encaminhar o usuário em crise para a internação psiquiátrica compulsoriamente na medida em que ele não concordava em utilizar esse recurso da rede – e sem consultar às suas colegas. Estas decidiram sustentar um posicionamento contrário àquela conduta da médica, apostando na possibilidade de oferecer um cuidado intensivo ao usuário no próprio Caps. Essa diferença consistiu, fundamentalmente, na escuta do usuário, com a decorrente inclusão do sujeito na construção de seu projeto terapêutico singular.

Tratar cada caso em sua singularidade exige esforços teóricos e práticos importantes, à medida que os procedimentos não mais estão dados de antemão. Apesar dessa exigência, foi possível que houvesse no serviço uma torção nesse sentido. Pouco a pouco as indicações clínicas foram deixando de ser genéricas e passaram a ter fundamentação em uma história de vida, em recursos sociais, familiares, da rede de serviços e na vinculação com o Caps. E, com isso, a palavra foi conquistando o estatuto de recurso terapêutico, a ser construído na própria experiência.

O trabalho em redes como dispositivo de coletivização das práticas em saúde

Em um dos eixos do curso de especialização trabalhamos com o conceito de redes e tivemos a proposta de realizar uma produção coletiva no espaço da Unidade de Produção. Este momento se constituiu como um ponto alto de nosso processo como apoiadores institucionais. Deparamo-nos com um espaço coletivo, de certa forma protegido, em que reproduzimos, na execução do trabalho, situações vivenciadas no cotidiano do trabalho em equipe. Espaço protegido porque aberto a análise do processo, em uma vivência do coletivo em ato. Nessa análise emergiram os ruídos, a tentativa de construção de saídas individualizantes e as dificuldades com a inclusão da alteridade.

Remetemo-nos ao nosso trabalho na equipe do Caps e passamos a considerar a necessidade de perceber o trabalho desenvolvido dentro de uma rede ampliada, com vistas à abertura de básculas nas práticas no serviço. Abertura que colocasse em análise o autocentramento em que recaíam nossas práticas, reproduzindo a lógica manicomial, quando acreditávamos que os conflitos vivenciados na saúde mental do município diziam respeito tão somente aos seus trabalhadores.

Apesar dos movimentos disparados, o Caps II apresentava certos problemas relativos à concepção do serviço. Ali conviviam iniciativas de conformação de um sistema intensivo de cuidados em saúde mental, um ambulatório de Psiquiatria, um centro de convivência diferentes dispositivos de cuidado de uma rede de saúde mental operando em um só lugar. O serviço era chamado na cidade como A Saúde Mental, talvez porque fosse o único equipamento da rede de saúde do município que de fato se propunha ao atendimento nessa área. A partir de nossa incursão pela política de humanização do SUS e da consequente reflexão sobre os processos de trabalho no local, identificamos uma necessidade de abertura comunicacional para o trabalho com redes sociais, de forma a transversalizar as práticas de saúde mental e assim trabalhar a partir do modelo de atenção psicossocial.

Nesse percurso, alguns movimentos de abertura puderam ser disparados. A própria inserção no curso pode ser tomada como dispositivo de coletivização e publicização das práticas em saúde mental no município. A conexão na rede HumanizaSUS foi uma forma de estabelecer contato com a produção nacional relativa à PNH. A organização de um Seminário Regional de Humanização em parceria entre duas UPs também veio nesse sentido de ventilar saberes e experiências de trabalhadores do SUS pela cidade.

Esse seminário ocorreu no município em que realizamos o apoio institucional, o que permitiu que o cenário que vínhamos descrevendo e problematizando ao longo do curso pudesse ser experimentado pelos colegas das UPs na organização do evento, produzindo questionamentos sobre a receptividade da gestão municipal à política de humanização. Mais uma vez o grupo de trabalho de nossa Unidade de Produção pôde funcionar

como terceiro, colocando em análise o processo de construção do seminário, os entraves encontrados e a dinâmica das relações de poder na administração municipal.

Essa experiência veio reforçar nossa opção pelo trabalho micropolítico, à medida que lançou um foco de luz sobre o cenário, explicitando que a construção de uma política pública somente pode ter lugar com efetiva participação dos envolvidos.

Considerações finais

Ao longo de nossa trajetória pelo Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS propusemos uma intervenção fundamentada na diretriz da cogestão, utilizando como ferramenta o apoio institucional, lançando-nos na busca da criação de condições de possibilidade para a inserção de dispositivos de humanização na Saúde Mental.

No que diz respeito à gestão do trabalho, foi possível problematizar alguns pontos gradativamente. Existiam entraves políticos-institucionais importantes, relacionados à gestão técnica e administrativa, nos quais esbarravam as decisões da equipe de trabalhadores do Caps II. Aí se manifestava uma lógica totalitária/manicomial, a partir da qual as questões da saúde mental não ultrapassavam as paredes do serviço, que se encontrava isolado do restante da rede de saúde. Nesse ponto, a clínica encontrava obstáculos decisivos diante da precariedade das condições de trabalho.

Explicitou-se nesse percurso a inseparabilidade entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre sujeito e coletivo. Essa explicitação também foi um processo sustentado pelo apoio institucional, com o objetivo de incrementar a transversalidade, a grupalidade e a coletivização das práticas na equipe. Somente quando ela pode se reconhecer como sujeito coletivo é que pode lutar pela democratização e pela possibilidade de cogestão de seus processos e, assim, trabalhar com a produção de saúde e de sujeitos. Essa luta precisava começar de dentro, para aí acionar instâncias ampliadas de gestão e de participação social.

Referências

ALMEIDA, F. L.; LOPES, F. C. **O equilibrista**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS. M. E. B.; MORI, M. E.; BASTOS, S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento programa de formação em saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 31-48, 2006.

BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005a.

______; ______. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília, 2003.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.**Gestão Participativa**: Co-gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.**Trabalho e redes de saúde** : Valorização dos Trabalhadores da saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

CAMPOS, G. W. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

_______. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

EIDELWEIN, C. A escuta do sujeito e a abertura à outra cena no trabalho em Saúde Mental. **Correio da APPOA**, v. 193, p. 20-24, 2010.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 1-158.

MOURA, A. H. et al. Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no hospital Mário Gatti de Campinas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.167-185.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.307-317, 2007.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-Intervenção. **Psicologia e Sociedade**, [S.l.], v. 17, n.3, p. 16-23, 2005.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS-FILHO, S. B. T. **Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizasus.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf . Acesso em jan. 2009.

__________. **Construindo um método de acompanhamento avaliativo e avaliando processos de formação**: em foco o curso de humanização da atenção e gestão em saúde do Mato Grosso. Relatório de Consultoria apresentado para o Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

A Experiência da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju: Rede e Coletivos como Produtores de Saúde e de Vida[1]

Simone Maria de Almeida Barbosa[2]

Karina Ferreira Cunha[3]

Ana Paula Gomes Candido[4]

Taísa Belém do Espírito Santo Andrade[5]

[1] Texto inédito produzido para os cadernos HumanizaSUS , número 5. Sem conflito de interesses.

[2] Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva (UFBA), Grupo Gestor da Reaps da SMS Aracaju, *E-mail*: <smabarbosa@hotmail.com>.

[3] Psicóloga, Grupo Gestor da Reaps da SMS Aracaju, *E-mail*: <karinacunhapsi@gmail.com>.

[4] Enfermeira, Grupo Gestor da Reaps da SMS Aracaju, *E-mail*: <anap.candido@yahoo.com.br>.

[5] Psicóloga, Grupo Gestor da Reaps da SMS Aracaju, *E-mail*: <taisaandrade@gmail.com>.

Resumo

O artigo apresenta a experiência da Rede de Atenção Psicossocial (Reaps) em Aracaju, sua composição, princípios norteadores, funcionamento, diretrizes de cuidado e modelo de gestão, salientando sua íntima articulação com a Política Nacional de Humanização (PNH), e do seu uso como política transversal e potente método de trabalho para atenção e gestão do SUS na garantia do cuidado integral em saúde mental, álcool e outras drogas. Nesse percurso, as experiências enfatizam o investimento no aquecimento das redes e empoderamento dos coletivos, rompendo com a fragmentação das práticas, submetida à lógica das especialidades e imersa na cultura e na economia no contemporâneo. A efetivação do cuidado, nesta perspectiva, especialmente num campo tão desafiador como este – que ainda luta pelos direitos sociais e cidadania para todos – afirma-se como aposta permanente para os trabalhadores, gestores e usuários na produção de saúde e afirmação da vida.

Palavras-chave:

Reforma Psiquiátrica. Rede de Atenção Psicossocial. Política de humanização.

A opção ético-política da Rede de Atenção Psicossocial (Reaps) em Aracaju é atravessada por princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), além do próprio método de trabalho para atenção e gestão do SUS: o **método da tríplice inclusão**, que destaca a importância dos espaços coletivos para o não aprisionamento de forças em um modelo instituído de saúde. Escóssia (2009, p. 691) explica melhor:

> Por *método*, entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar e, no caso da tríplice inclusão, há um desdobramento em três planos, que se atravessam: plano de inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; plano de inclusão dos analisadores institucionais e sociais ou dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança; plano de inclusão dos coletivos - movimentos sociais, redes e grupos.

Nesse sentido, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira em Aracaju pretendeu mais do que simplesmente abolir os hospitais psiquiátricos, extinguir métodos e instrumentos de tratamento aí utilizados (reclusão, repressão, violência, camisas de força, eletrochoques etc.). Foi incorporada a diretriz técnica e a política segundo a qual a instituição a ser negada, desmontada e desconstruída não se resume ao hospital psiquiátrico, estendendo-se ao conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e as relações de poder que se articulam no manicômio e lhe dão sustentação, e que precisam ser repensados (BASAGLIA, 1985).

A defesa radical é de que a clínica seja **antimanicomial**. É garantida pelas condições históricas concretas mais amplas, possibilitando a conquista de direitos sociais e da cidadania para todos os explorados e oprimidos da sociedade, nos quais os usuários de saúde mental[6] estão inseridos até então. Nessa perspectiva, especialmente em Aracaju, o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) ganha força com o processo concomitante de democratização da saúde e com a mudança de governo municipal ocorrida no ano 2000. Disputa-se concreta e radicalmente modelos de atenção, trabalhando na perspectiva de romper com a estrutura e a lógica hospitalocêntrica, para montar uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental (SANTOS, 2006; BARBOSA, 2012). Nessa direção, a aposta de reformar tal modelo passou por diversas fases: a primeira, com implantação de serviços substitutivos e fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos.

Vejamos a figura a seguir que apresenta a “Linha do Tempo do Processo de Formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju”.

[6] Onde houver saúde mental, inclua-se também álcool e outras drogas.

Quadro 1 – Linha do Tempo do Processo de Formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju

Período	*Antes*		2001	2002	2003	2004	*Depois*	
Explicativo	Movimentos de grupos da Luta Antimanicomial	2000 – Eleições PMA	Novo Governo Municipal Diagnóstico de Transição de Gestão na SMS					
Normativo			Plano Municipal de Saúde Projeto Saúde Todo Dia Lei Federal MS/GM nº 10.216	Proposta de implantação do modelo de assistência à SM Portarias do MS (Caps)	Portarias do MS	VII Conferência Municipal de Saúde		2010 – I Conferência Municipal de Saúde Mental

continua

conclusão

Período	Antes		2001	2002	2003	2004	Depois	
Estratégico	1997 – Fechamento do HP Adauto Botelho 2006 – Fechamento do HP Dr Garcia Moreno	2000 – Implantação Caps I Arthur Bispo do Rosário	Colegiado Gestor da SMS Colegiado Gestor da SM	Implantação de Caps: 1) II David Capistrano Filho 2) III Liberdade 3) AD Primavera Apoio Matricial com as UBS Assistência em SM na ATB	Redução de leitos SUS nos HP privados Implantação de mais 3 Ref. SM	Implantação do Caps i Vida Eleição de delegados usuários de SM para o CMS Realização de Concurso Público na SMS Emergência Psiquiátrica no Hosp. São José (Urg Cl e Mental)	2006 – Implantação de 4 módulos de RT 2008 – Implantação do Caps III Jael Patrício de Lima	
Tático-Operacional		Antes de 2000 – assistência em SM: HPs e ambulatório para todo o Estado	Relatório de Gestão	Relatório de Gestão Contratação Consultoria Externa para SM Assistência Farmacêutica	Relatório de Gestão	Relatório de Gestão Investimento em EP para os profissionais de saúde		

Fonte: BARBOSA, 2012, p. 52.

Pode-se constatar que, desde 2002, o município de Aracaju vem conquistando destaque no cenário nacional no quesito "capacidade instalada" de dispositivos em rede substitutiva, indicando uma ótima cobertura assistencial (segundo indicador de cobertura do Ministério da Saúde): são três Caps III, um Caps ad III, um Caps ad/infantojuvenil e um Caps i (infantil). Dispõe-se de 4 Residências Terapêuticas (RT) e 16 agentes de Redução de Danos atuando diretamente no território. Além disso, conta-se com uma urgência psiquiátrica, serviço hospitalar de referência em saúde mental, Samu, referências ambulatoriais de saúde mental, equipes de Saúde da Família, leitos em hospital universitário e Unidades de Pronto Atendimento.

Assim, para além da implantação de serviços, entendendo a complexidade desse objeto, constatou-se a necessidade de investir em outras dimensões do processo de implementação da Rede, com variedade de ofertas de cuidado, para além da criação de Caps e RT. Assim, aposta em um modo de fazer diferenciado, sustentado por princípios e dispositivos da PNH, por meio de uma parceria que se fortalece sobremaneira a partir de 2007, com o apoio institucional prestado pela consultoria regional da PNH à Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju (Reaps). Nesse sentido, as práticas norteadoras do funcionamento estreitam-se com discussões e ações em rede, com a aposta na humanização e na integralidade do cuidado, efetivadas por intermédio da clínica ampliada, da cogestão e da participação, da valorização do trabalho e do trabalhador.

[7] Utiliza-se a sigla Raps com referência às novas diretrizes e definições do Ministério da Saúde (Portaria MS/GM nº 3.088/2011); por outro lado, em Aracaju, chama-se de Reaps a experiência da Rede Assistencial Psicossocial em Aracaju (Ver-se-á que Raps é muito mais ampla que Reaps na sequência do texto).

Composição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps[7]) de Aracaju (Reaps): princípios norteadores, funcionamento, diretrizes de cuidado e modelo de gestão

No atual organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS Aracaju), a Reaps é uma das cinco redes assistenciais que compõem o sistema organizativo do trabalho e da assistência em saúde para a população. Assim, ela atua como área técnica para as questões de saúde mental e tem como serviços diretamente geridos os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as Residências Terapêuticas (RT) e o Projeto de Redução de Danos (PRD).

Apontaremos mais à frente como as demais redes assistenciais da SMS Aracaju se organizam enquanto ponto de atenção em saúde, a fim de garantir o cuidado integral em saúde mental. Ressalte-se que essa discussão foi e tem sido um desafio para a gestão da Reaps: garantir o cuidado em saúde mental em todos os serviços de saúde do SUS Aracaju, uma vez que essa agenda, de modo geral, não é prioridade para outros gestores e áreas técnicas de saúde (BARBOSA, 2012). Sem dúvida, o cenário nacional, ao propor novas diretrizes para a saúde, favorece e provoca mudanças e disputas nas políticas municipais e estaduais. Exemplo disso é o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011: ao atualizar novas

diretrizes para o Sistema Único de Saúde abre possibilidades concretas e tensiona para que mudanças ocorram em municípios e estados – entre estas a necessidade de incluir a Atenção Psicossocial como um dos eixos para instituição das Regiões de Saúde, em termos de ações e serviços.

Na sequência, a promulgação da Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde mental, no âmbito do SUS. Têm-se, com isso, uma diretriz política de saúde para todos os municípios brasileiros, na qual a saúde mental não pode nem deve restringir-se a seus próprios serviços (Caps, RT, PRD etc.), devendo ampliar-se por todos os pontos de atenção em saúde do SUS, e todos os municípios deverão se organizar para tal. Essa portaria traz detalhes sobre a organização das Raps, definindo diretrizes, objetivos e componentes (Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial). Nesta perspectiva, o SUS Aracaju vem se organizando para garantir a integralidade do cuidado em saúde mental, incluindo aspectos dessa Portaria, com a responsabilidade apontada pelos seus componentes, como também analisando especificidades do funcionamento de serviços e ações que vem sendo desenvolvidas.

No componente **Atenção Psicossocial Especializada**, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) inclui os Caps e suas diversas modalidades, como o serviço estratégico e complexo para atender os casos mais graves de saúde mental. O trabalho no Caps deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com os outros pontos de atenção da saúde, e desenvolvido, prioritariamente, por meio de Projeto Terapêutico Singular (PTS),[8] envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e a sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Caps e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão, articulação em rede e acompanhamento longitudinal do caso.

A premissa básica do modelo de atenção psicossocial é da **Clínica Ampliada**, o que significa romper com o modelo tradicional pautado no *setting* terapêutico e na relação “queixa-conduta”, ambos priorizados nas formações profissionais e/ou acadêmicas.

> Ao invés disso, deve-se manter um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo **singular**; assumir a **responsabilidade** sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de **intersetorialidade**; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; e assumir um compromisso **ético** profundo (BRASIL, 2007, p.11-12).

[8] O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas (planos de ação), para/com um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar a fim de produzir contratos com/para a vida do sujeito, colaborando no seu processo de saúde (BRASIL, 2008).

Em Saúde Coletiva, e especialmente em Saúde Mental, é condição *sine qua non* que o trabalho do profissional seja realizado em suas funções de **Núcleo e Campo.** Essa necessidade tem se afirmado no cotidiano dos nossos serviços demonstrando a condição de resolutividade dos casos por meio de trabalho em equipe interdisciplinar. Nesse sentido, entende-se que o ***Núcleo*** demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras um apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Em Aracaju, tem-se experimentado a composição de equipes multiprofissionais para trabalhar em Caps contando com as seguintes áreas: Psicologia, Serviço Social, médico (psiquiatra e clínico geral), terapeuta ocupacional, farmacêutico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, oficineiro, professor de Educação Física, psicopedagogo, outros profissionais de apoio (administrativo, vigilante, recepção, higienização etc.). Cabe ressaltar que a Prefeitura de Aracaju tem realizado, desde 2000, concursos públicos para provimento dos cargos, garantindo vínculo empregatício estável para grande parte de seus trabalhadores.

Esta questão envolve diretamente a conformação dos serviços e equipes. Garantir atuação plena dos trabalhadores de modo a garantir a produção de saúde e a defesa da vida das pessoas. Conformação dos diversos “núcleos de saberes profissionais” na perspectiva de um trabalho interdisciplinar para o cuidado integral do sujeito. No entanto, sabemos que para se produzir esse cuidado em qualquer serviço de saúde, com eficácia e maior resolutividade e, especialmente, em Caps, é preciso que ações sejam realizadas por todos que compõem a equipe, e que as ofertas contemplem atividades de núcleo e campo, harmonicamente.

Deste modo, a partir da experiência como gestores dessa Rede, destacamos a necessidade de afirmar e recontratualizar concepções, dispositivos e ações de cuidado do cotidiano de trabalhadores de saúde, especialmente de saúde mental, para que se efetivem e fortaleçam uma clínica antimanicomial. Os dispositivos apresentados a seguir foram escritos, discutidos e pactuados coletivamente, em roda com gestores e trabalhadores, a fim de que seja mantido o compromisso de seu cumprimento. Não se trata de apresentar novidades conceituais ou metodológicas, mas apresentar concepções com fundamentação teórica e experimentações de eixos que são considerados inegociáveis para a implementação dessa clínica.

Acolhimento

Trata-se de um modo de operar os processos de trabalho em saúde que estimula uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas, incorporando a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e de gestão implementadas nos serviços (GOMES, 2005).

O acolhimento realizado nos Caps de Aracaju busca efetivar dupla função, como diretriz e dispositivo: que seja tanto uma postura profissional diferenciada, receptiva e, nesse sentido, cabe a todo e qualquer profissional em todo momento; mas também que seja uma unidade produtiva do serviço, constituindo o primeiro espaço para a recepção adequada do usuário, garantindo sua escuta, registro de informações sobre sua história de vida, compartilhamento de desejos, planos, primeira aproximação com o serviço, produção de sentido para o cuidado e outros.

Nesse sentido, Aracaju é pioneira dessa prática. Para além dos Caps, vale ressaltar que esse dispositivo foi implantado no SUS Aracaju como porta de entrada do sistema, nas Unidades Básicas de Saúde, desde 2002, com o Projeto Saúde Todo Dia[9] com perspectiva de estratificação de risco (este acontece, também, desde a implantação dos Caps, recebendo todo usuário que chega e avaliando qual serviço adequado ao cuidado: se no próprio Caps, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), pela Referência em Saúde Mental etc.) (SANTOS, 2006).

[9] O Projeto Saúde Todo Dia foi o projeto de saúde para a cidade de Aracaju organizado pelo então secretário de Saúde com vigência no período de 2001 a 2004. O mesmo também transformou esse projeto em sua tese de doutorado e foi publicada. Ver Santos (2006).

Apoio matricial (AM)

Enquanto prática profissional significa o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre os integrantes da equipe a fim de incluir os diferentes sujeitos responsáveis e assim garantir o cuidado integral e compartilhado (BRASIL, 2007). Vejamos essa experiência em Aracaju:

A cidade é distribuída em 8 regiões de saúde, onde se localizam, entre outros serviços de saúde, 43 Unidades de Saúde da Família (USFs), com 136 Equipes de Saúde da Família (eSFs) perfazendo aproximadamente 96% de cobertura de eSF. Por sua vez, os Caps são os serviços especializados em saúde mental que ocupam esse mesmo território e se organizam a fim de responder por uma determinada área territorial, tendo as USFs como parâmetro para distribuição e organização da demanda.

Assim, cada Caps III é responsável por referenciar e ser referência de uma determinada quantidade de USF, enquanto os Caps ad III, o Caps ad infantojuvenil e o Caps i atendem à demanda de todo o município. O AM surge, então, como ferramenta para

potencializar e qualificar o cuidado em saúde mental nesse território, entendendo que deve ser compartilhado.

Na prática, o AM é uma ação de encontro entre profissionais das equipes: o Caps e a USF. Neles, os profissionais compartilham estudos de caso, PTS, realizam atendimento em conjunto, visita domiciliar, propõem grupo para usuários em articulação com a comunidade, mapeamento de ofertas de cuidado (direta ou indiretamente) em promoção e prevenção de saúde etc. A proposta é estabelecer acordos, pautas de seus encontros; tem regularidade mensal, tendo em vista que quanto mais essa ação acontece e as equipes trabalham próximas, maior a resolutividade nos casos.

Além das USFs, tem-se experimentado AM com conselhos tutelares, escolas, órgãos da Justiça, Centro de Referência de Assistência Social (Cras); em verdade, toda ação pedagógica, com a intenção de troca de saberes e de práticas, a fim de produzir corresponsabilização e ampliação do cuidado ao usuário que deverão ser exercidas enquanto formas de ações diversas.

Cabe ressaltar dificuldades encontradas no percurso da implementação desse dispositivo, apesar de seu pioneirismo. Desde 2001, já havia experiências pontuais de AM na cidade (à época chamada de "psiquiatria itinerante"), tendo como parâmetro de escolha de USF a prevalência de casos de saúde mental (BARBOSA, 2012). Atualmente, com as discussões de núcleo e campo profissional e do fazer coletivo, muitos profissionais resistem a realizar tais ações, apesar de se contar com um aparato de capacidade instalada e teórico-técnica para tal.

Nesse sentido, apostando que a Atenção Básica é prioritária na articulação das Redes Assistenciais do SUS Aracaju, em 2007 criou-se o Núcleo de Apoio ao Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica (NACSMAB) na conformação do modelo de gestão da Reaps. A aposta era que, em nível de gestão, se pudesse garantir a saúde mental na agenda da Atenção Básica; para tanto, diversas ações foram mapeadas: reduzir as dificuldades do profissional da ESF; receber as equipes dos Caps; qualificar o AM já existente, entre outros.

Mesmo com dificuldades atuais acerca do entendimento de que "saúde mental também é saúde", vem-se produzindo, com o gestor, a necessidade de que a própria Rede de Atenção Primária mantivesse ativa essa agenda em sua rede; assim, no início de 2012, a SMS Aracaju passou a contar com um gestor técnico na Atenção Básica, respondendo como "Referência em Saúde Mental da Reap". Nesse pouco tempo, há diversos resultados exitosos, uma vez que o diálogo desburocratiza o processo e esse gestor assume a responsabilidade de garantir a agenda, pautar em outros espaços coletivos de gestão a prioridade e as necessidades da saúde mental na Atenção Básica, produzir o enfrentamento com as ESFs sobre o cuidado compartilhado etc.

Trabalho em equipe

Os Caps têm demonstrado para as demais Redes Assistenciais de Saúde sua potência no cuidado ao usuário, quando se observa os resultados do trabalho efetivo em equipe, apesar de reconhecer que este é um dos grandes desafios da prática profissional dos serviços de saúde do SUS, na atualidade.

É fato que a existência de uma equipe multiprofissional nos serviços não é suficiente para garantia do trabalho interdisciplinar. Desse modo, aposta-se em encontros "micro", institucionalmente estabelecidos ou não, para fomentar o exercício da grupalidade. Por exemplo, na discussão de casos, intervenções conjuntas, esclarecimentos diagnósticos, entre outros. O princípio norteador é desfragmentar o cuidado; articular diferentes enfoques e disciplinas de modo que se produzam outros entendimentos do que ocorre efetivamente na assistência.

Sabe-se que o trabalho das miniequipes (equipes de referência) favorece que os usuários formem laços afetivos com mais de um técnico e, tanto o usuário como o técnico, evite a própria cronicidade da relação, pois ao serem questionados por outras concepções são também convocados a ir além de seu núcleo profissional (BRASIL, 2007).

No âmbito da gestão técnica, a figura do apoiador institucional tem sido fundamental para fomentar e garantir essas relações diversas na produção de análises do coletivo, ampliando o grau de responsabilização e a comunicação mais transversal na equipe, ressalvando-se que todos são gestores de seus processos de trabalho. Por isso mesmo, investe-se ainda na presença de outro interlocutor na produção de espaço de análise das equipes: o supervisor clínico-institucional, seja via editais do MS ou com recurso municipal. Este, enquanto ator externo ao cotidiano dos serviços, sem vínculo institucional com a SMS, pode atuar com melhores condições do "ser estrangeiro" para a equipe e para as relações e práticas instituídas, com vistas a mobilizar, produzir análises do processo de trabalho, a fim de desestabilizar o naturalizado.

Assim, os Caps contam com reunião de equipe semanal (espaço coletivo de encontro que favorece a construção e a avaliação do processo de trabalho, com capacidade de discutir sobre gestão e assistência do serviço) e reuniões de miniequipe (aprofundamento de casos que compõe a área de cada equipe de referência). Além disso, mensalmente, os serviços organizam-se para trabalhar o dia inteiro, denominado "dia da educação permanente", com temática discutida e deliberada pelo grupo, que pode ser: aprofundar algum tema teoricamente, realizar oficinas, grupos de estudo, dinâmicas, vivências e outros. Outro aspecto importante é que, anualmente, os serviços organizam coletivamente seu próprio Planejamento de Ações.

Técnico de referência (TR)

No Manual dos Caps, elaborado pelo MS (BRASIL, 2004), o TR é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o PTS, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto, em articulação com a equipe do serviço.

A experiência local aponta que este dispositivo tem sido subutilizado, mesmo com o reconhecimento coletivo de que se trata de um melhor funcionamento do serviço e do acompanhamento mais adequado para/com o usuário; de modo geral, apresentam-se tensões diversas, com enfoque para a questão "núcleo" e "campo". Logo, muitos profissionais, principalmente de formação do nível técnico, demonstram grande resistência em exercer esse papel, muitas vezes por um olhar distorcido da atuação ou por acreditar não terem habilidades técnicas para tal.

Pensado não apenas em seu caráter organizativo, a função TR implica corresponsabilização pela saúde. Muitas vezes, os profissionais referem solidão na tarefa de tomar decisões, alegando que a equipe não consegue garantir a continência necessária para que ele compartilhe os conflitos e as inseguranças advindos dessa relação. Mesmo quando apoiados pela equipe de referência, alguns profissionais apontam as condições físicas e materiais como um problema e dizem que a rede social dos usuários é bastante empobrecida, potencializando a resistência em assumir tal tarefa.

Visita domiciliar (VD)

A visita domiciliar (VD) é uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao sujeito, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou nos diversos recursos sociais locais. Assim, esse dispositivo é reconhecido como potente recurso terapêutico, uma vez que amplia os modos de olhar para o sujeito, por meio de suas relações, o território que habita e circula, possibilitando-nos perspectiva e condição de ações mais integrais para os usuários (BRASIL, 2003).

Cuidar no território tem sido uma experiência bastante fomentada como princípio da Política Municipal de Saúde Mental. Esse dispositivo pode e deve ser desenvolvido por qualquer profissional, conforme a necessidade de cada usuário, mas preferencialmente realizado ou agenciado pelo TR. As visitas são muitas vezes reforçadas com a participação de profissionais da USF, visando compartilhar responsabilidades e aproveitar o vínculo estabelecido com esta equipe.

De modo geral, as VDs têm reconhecimento pelos trabalhadores como fundamentais na produção do cuidado. Parece que esse dispositivo carrega o profissional para o território

existencial do usuário, quando é assumido na perspectiva do encontro e não como ação de fiscalização higienista de privatização da vida (ANDRADE, 2011).

Se não percebemos tanta plasticidade no uso do dispositivo TR, as VDs têm atualizado com mais intensidade a experiência de habitar o território existencial, talvez porque ao adentrar na casa desses sujeitos a vida encarnada se afirma em suas singularidades, humanizando aquele fazer. Em meio às reuniões de equipe, sentimos o quanto as VDs são potentes na subversão do que é esperado. Ver o usuário, que também é pai, filho, morador da comunidade, desestabiliza o papel tão estéril do "paciente" que ainda insiste em se atualizarse em nossos fazeres.

Acolhimento noturno

Aracaju tem atualmente quatro Caps III em seu município, sendo que é a capital do menor estado da Federação. Esse dado revela que além da conquista pelo dispositivo, tem-se grande responsabilidade pelas respostas que lhes são pertinentes: enfrentar radicalmente as internações em hospitais psiquiátricos, sustentar a crise no território e cuidar dos casos "mais difíceis" (crônicos, graves, alta dependência e baixa autonomia) (BRASIL, 2004).

Nessa direção, Aracaju conta com capacidade instalada também nesse quesito: total de 24 camas para subsidiar as necessidades de pernoite dos usuários munícipes, com equipe de Enfermagem (um enfermeiro e três auxiliares de Enfermagem) de suporte nos turnos da noite, fins de semana e feriados.[10]

O acolhimento noturno apresenta um formato diferencial, apostando na proposta do cuidar em liberdade, no território, sem romper seus vínculos sociais e familiares. Isso quer dizer que podemos dispor para o usuário, no momento em que ele mais precisa de nossa presença e cuidados, de uma cama e do nosso apoio direto na assistência. Assim, diferente do modelo hospitalocêntrico, em que apenas ao médico caberia a responsabilidade pela indicação da necessidade da internação, o acolhimento noturno de um usuário pode e deve ser definido pela equipe de referência, bem como sua alta desse dispositivo e continuidade do cuidado em atenção diária.

Em situações de intercorrências, durante o acolhimento noturno e esgotadas as opções de cuidado do usuário no próprio serviço, aciona-se o Samu e é encaminhado para o serviço de referência específico para sua demanda, de modo geral, para a urgência psiquiátrica, onde são atendidos os casos agudos; com a estabilização do usuário, este retorna o quanto antes ao Caps.

[10] Outra disputa foi com o Conselho Regional de Enfermagem, uma vez que, respeitando a Portaria MS/GM nº 336/2002, não contávamos com o enfermeiro 24 horas por dia, mas sim o enfermeiro supervisor para a noite e fim de semana. Em 2012, houve a ampliação da contratação desse profissional, garantindo a cobertura 24 horas nos Caps III.

Importante cientificar que, quando da necessidade de suporte de acolhimento noturno para os casos de álcool e drogas e infantojuvenil, estes são organizados nos próprios Caps III, seguindo o mesmo fluxo.

Assembleia com usuários

O exercício do controle social é garantido em cada Caps oficialmente pelo espaço da Assembleia. Historicamente, na Psiquiatria tradicional, as vozes dos outrora "pacientes" eram silenciadas e negadas; por isso mesmo, desde os primórdios do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA),[11] um dos principais objetivos é fomentar a (re)construção dessa voz, a manifestação do desejo, a expressão de planos para e sobre a vida.

Desse modo, a Assembleia ocorre periodicamente, com o propósito de funcionar como espaço de produção de coletividade (encontro entre usuários, trabalhadores, gestores e familiares), visando estabelecer uma experiência onde a palavra circule e cada um seja escutado e considerado. Incentiva-se que a organização das pautas seja feita pelos próprios componentes, em um exercício de autogestão; ou seja, a expectativa é fomentar o protagonismo do usuário para coordenar a reunião, escrever a ata, discutindo sobre o cotidiano do serviço e sobre a própria Política de Saúde Mental, em uma ação concreta de correponsabilização e exercício da cidadania.

[11] MLA = Movimento de Luta Antimanicomial.

Atualmente, as Assembleias não têm alcançado esse nível de autogestão em todos os serviços. Sua grande maioria ainda opera sob direção dos profissionais do serviço para as funções de coordenação do evento. Todavia, há vivências pontuais, em que o grau de envolvimento e de mobilização coletiva extrapolou os muros do serviço, aliando-se a outros movimentos de usuários e familiares, aquecendo as discussões sobre o fortalecimento do protagonismo social, por meio da criação de uma associação, por exemplo.

Roda de conversa ampliada: "Roda Reaps"

A roda, enquanto metodologia, é um espaço coletivo onde existe a possibilidade de discussão e de tomada de decisão. É um espaço onde rodeiam afetos e os vínculos são formados e rompidos durante todo o tempo (CAMPOS, 2000).

Nascida das inquietações do Coletivo Gestor, em 2011 a Roda Reaps figura como mais uma aposta na subversão dos modos de fazer gestão. Esse Coletivo assumiu a tarefa de transformação da lógica de domesticação dos corpos trabalhadores-gestores, tentando garantir uma participação mais efetiva na produção dos seus fazeres, entendida como a própria produção de saúde no trabalho – produção de vida para si e para os outros: aquilo que a PNH chama de cogestão (ANDRADE, 2011).

A Roda Reaps é realizada bimestralmente e é espaço aberto para trabalhadores e gestores de todos os serviços. A experiência se dá pela discussão de temas trazidos pelos seus componentes, que de modo geral, revelam o comum entre a diversidade dos serviços e diferenciados processos de trabalho, com possibilidade de deliberar sobre eles, produzindo corresponsabilização sem perder de vista a horizontalidade nas relações.

Grupos de trabalho

Outro modo de exercer a cogestão é o funcionamento dos Grupos de Trabalho (GT). Estes têm como objetivo o compartilhamento de saberes e de práticas e o debate sobre aspectos específicos de interesse, com fins de propor a elaboração de instrumentos, de diretrizes ou de projetos que favoreçam a melhoria do trabalho realizado na Reaps.

Assim, um GT geralmente é constituído a partir de uma demanda do próprio Coletivo Reaps, de gestores e de trabalhadores, por vezes advindo da Roda. A depender da temática que se fizer prioritária, elege-se o GT com seu tema e representantes para sua constituição – a diretriz é que haja representação de cada serviço. Desse modo, há GT que são temporários (GT Crise – para construção de protocolo clínico de atendimento e discussão coletiva do sentido ampliado de Crise); mas também há os fixos, como o GT Eventos – organiza as atividades festivas da Rede durante o ano, como São João, Fim de Ano, Carnaval; e GT Enfermagem – construiu a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) e os Protocolos de Enfermagem.

Intersetorialidade

Consonante com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, a intersetorialidade figura como ponto fundamental na consolidação da atenção integral em saúde mental. Em Aracaju, o Caps infantojuvenil, implantado em 2004, foi pioneiro nessas articulações, quando, desde então, estabeleceu parcerias com educação, esporte, lazer, assistência, trabalho, justiça, entre outros. Além disso, em 2010, com a mobilização pela agenda do *crack*, constatou-se mais uma vez que a atuação intersetorial é condicionante para uma política pública. Entende-se, entre outros aspectos, que não basta cuidar em saúde, mas fomentar e promover outros caminhos de produção de vida, e disso depende a ação dos mais diversos sujeitos sociais, institucionais ou não.

Atualmente, estão sendo abertas outras frentes importantes nesse âmbito, incluído as discussões e o estabelecimento de parcerias institucionais (Fundação Municipal de Formação para o Trabalho – Fundat e Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Embrapa) para o fomento das iniciativas de geração de trabalho e de renda, eixo da Reabilitação Psicossocial que ainda é bastante tímido em nossa Rede.

Outro eixo componente da Raps diz respeito às "**Estratégias de Desinstitucionalização**", ora deliberadas como os serviços de Residência Terapêutica e o Programa de Volta para Casa, assumido pela SMS Aracaju desde 2006, respondendo às necessidades de pessoas que moravam em um hospital psiquiátrico que foi fechado. Hoje, existem quatro casas situadas em diferentes bairros da cidade; seguindo a lógica do território, os moradores são cuidados por serviços de saúde como um cidadão comum, especialmente por Caps e USF de referência da área de abrangência. As casas são tipo II, pois a grande maioria dos moradores é de alta dependência. Há concretas histórias de êxito com cada morador das casas em Aracaju: produção de movimentos de superação, modos de encontrar a cidade, a casa e a si mesmo. Sem dúvida, é um dos serviços emblemáticos da Reforma Psiquiátrica e da Política Municipal de Saúde Mental.

Quanto ao Programa de Volta para Casa (PVC), a adesão deu-se a partir da identificação das pessoas com o perfil apontado na Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, com a compreensão de que este recurso financeiro de reabilitação psicossocial é fundamental para a (re)construção do retorno para a vida em sociedade. Atualmente, são 22 beneficiários cadastrados pelo município, garantindo 90% das pessoas potencialmente beneficiários (10% correspondem a sujeitos que apresentam dificuldade na documentação).

A Estratégia de Redução de Danos

Outra ação fundamental na perspectiva da prevenção e promoção de saúde na Reaps Aracaju é a de Estratégia de Redução de Danos (ERD). Por ERD, entende-se um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, Redução de Danos foca na prevenção aos danos, em vez da prevenção do uso de drogas; focando em pessoas que seguem suas vidas usando drogas. Nesse sentido, trata-se de uma lógica de funcionamento, que vai além da promoção de ações e/ou da oferta de um serviço.

Diferente da disposição na Portaria MS/GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, em nosso município temos investido na Redução de Danos também como um **Projeto (Projeto de Redução de Danos – PRD)**, compondo mais um dos dispositivos de cuidados na Reaps. O PRD é constituído por uma equipe de profissionais (agentes de redução de danos) que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Além disso, tem ainda como público-alvo pessoas com transtornos mentais; usuários de álcool e outras drogas e profissionais do sexo, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, prontos-socorros, entre outros, mas também garantindo articulação intersetorial com a Assistência Social, com o Ministério Público, com a polícia etc.

Modelo de gestão da Reaps

O aspecto fundamental a discutir diz respeito ao **modelo de gestão** adotado pela Reaps Aracaju. Como outrora foi mencionado, o primeiro desafio foi superado: a rede substitutiva está instalada e é referência nacional. Assim, o desafio seguinte foi montar um desenho que desse suporte para operar o princípio da indissociabilidade entre gestão e assistência, conforme preconiza a PNH. Essa lógica de trabalho convoca todos os atores envolvidos a participar do processo de fortalecimento e de consolidação dessa Política, com vistas a fomentar o protagonismo do trabalhador e do próprio gestor, sem prescindir das diferenças nas suas funções e atividades

Desse modo, tomou-se como premissas básicas dois eixos imprescindíveis:

1. constituição de um **Coletivo Gestor** que se responsabiliza por todas as ações, intervenções e formulações da rede, independente do espaço de gestão direta que atue;
2. **inclusão do Apoio Institucional** – garantia de uma organização de gestão que a intervenção cotidiana nos serviços produza a renovação do olhar para a **transformação da prática,** via ferramenta da educação permanente;

A fim de dar existência a esse grupo de gestores da Reaps, tem-se, pois, dois atores fundamentais, quais sejam, os **coordenadores de serviços** e os **apoiadores institucionais**.

Para melhor entender os campos de ação do **coordenador** de Caps, RT e PRD, apresentamos três das suas frentes principais de trabalho:

a) **Gestão Administrativa** – refere-se às rotinas do serviço, sobretudo as questões de ordem administrativa, burocrática e estrutural;

b) **Gestão do Cuidado** – refere-se ao papel de articulador da equipe, do monitoramento da qualidade da assistência, da oferta de ferramentas (com o apoiador institucional) de espaços de educação permanente, tendo como base a necessidade de análise do processo de pensar-fazer das equipes;

c) **Gestão Política** – refere-se ao papel de implantador, implementador, planejador e propositor de Política de Saúde Mental, seja em nível municipal, estadual e/ou federal.

A **coordenação da Reaps** é outro espaço estratégico porque também assume essas funções, mas amplia-se, pois monitora e se articula com os demais setores da SMS. Sua função é garantir que todas as ações na Reaps se efetivem, desde a garantia da infraestrutura dos serviços ao cuidado mais adequado ao usuário, defendendo as diretrizes da Política Municipal de Saúde Mental.

Já o **Apoiador Institucional,** nesse modelo de gestão, tem sido experimentado desde 2007. Segundo Barros (2011, p. 4.804), "o apoio institucional vem sendo praticado na PNH como método/dispositivo de intervenção em práticas de produção de saúde pública e, nesse sentido, propõe um 'modo de fazer' mudanças necessárias para que o SUS se torne cada vez mais um exercício do comum, do público". Assim, assume uma dimensão de potência coletiva, buscando articulação dos serviços que compõem a rede SUS, a relação dentro do serviço (usuários-trabalhadores-gestores), propiciando, em/nas relações, trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

Em Aracaju, o apoiador institucional de serviços (Caps, RT e PRD) tem função estratégica de fomentar, questionar, inquietar e auxiliar o dia a dia dos trabalhadores, inclusive da própria coordenação local, a fim de que questões rotineiras não se naturalizem; isto quer dizer, produzir movimento, ajudar a rever as práticas, com vista à minimizar riscos de reproduzir lógicas manicomiais ou de tutela aos sujeitos. Sua ação é ainda de mediar conflitos, colocar-se à disposição para rever, refletir e redefinir junto acerca das diretrizes do cuidado.

Em 2012, experimentamos uma nova mudança no modelo de gestão, optando pela inclusão de apoiadores institucionais que assumem as frentes de "Referência intra e intersetorial" e "Referência em Educação Permanente da Reaps".

Poderíamos resumir a "Referência intra e intersetorial" nos termos "integração" e "articulação", uma vez que é interlocutor da agenda saúde mental para qualquer outra Rede Assistencial do SUS, bem como outras secretarias, se necessário. Assim, tem frentes de trabalho: com a Secretaria de Ação Social (para estabelecer meios de inserção social para os usuários de álcool e outras drogas), com programas da Atenção Básica (visando maior aproximação dos usuários com suas ESF), com o Samu estadual (para celeridade no atendimento aos chamados), com as clínicas psiquiátricas privadas (responsabilizando-se pelo processo de desinstitucionalização, articulando inclusive com a SES, já que são duas clínicas, únicas para o estado inteiro), entre outros.

A educação permanente (EP) constitui-se como ferramenta de todo gestor da Reaps; no entanto, para além disso, sentia-se a necessidade de um ator que mediasse a relação entre Centro de Educação Permanente da Saúde e serviços da Reaps. Desse modo, esse gestor tem como frentes de trabalho: disparar os processos de formação/educação

permanente/capacitação temáticas em saúde mental, previstas no Plano Anual de EP da SMS; estabelecer relações com instituições de ensino; acompanhar os estágios na Rede; avaliar projetos de realização de pesquisas, estágios, visitas; garantir e realizar acolhimento pedagógico para novos trabalhadores da Reaps, entre outros.

Partindo do modelo ministerial de Raps, constata-se que a SMS Aracaju, tem garantido o modelo proposto localmente: as redes assistenciais contam com diversos serviços que se constituem como pontos de atenção em saúde mental. Concretamente, na **Atenção Básica**, além das USFs, temos a experiência de funcionamento de nove Referências de Saúde Mental (ambulatórios) que atendem os casos "moderados" de saúde mental. Quanto à **Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência**, dispõe-se da Urgência Psiquiátrica, Samu, Unidades de Pronto Atendimento e Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental.

Considerações finais

O sucesso dos processos de Reforma Psiquiátrica e da clínica antimanicomial consolidado em Política Pública tem sido grande desafio para diversos municípios executarem na prática. De modo geral, podemos concluir que a experiência local de Aracaju demonstra conquistas concretas porque conseguiu implantar serviços diversos, garantindo a assistência adequada em saúde mental. No entanto, o principal aspecto a superar no atual momento está na direção do **cuidado**, tanto em sua qualificação quanto no trabalho em rede.

Nesse sentido, afirma-se que práticas de fazer gestão afinadas com a PNH desencadeiam possíveis soluções para dificuldades tão comuns encontradas no cotidiano dos serviços. A aposta no fazer coletivo, com responsabilidade compartilhada entre os atores envolvidos, tem demonstrado que é possível superar entraves, inclusive os mais difíceis e temerosos, quer seja a ameaça de retrocessos das conquistas do MLA e do próprio modelo de atenção psicossocial, sobretudo pela atual conjuntura da relação da mídia e da sociedade com as drogas, especialmente o *crack*.

Para tanto, investe em respostas que emerjam do coletivo. (Re)aquecer os movimentos sociais, responsáveis por todas as conquistas de nossa história, sem dúvida é uma das melhores soluções; trabalhadores, usuários, familiares e sociedade civil precisam provocar e participar dessa agenda constantemente. O controle social precisa assumir seu papel de interferir na gestão do Estado, garantindo o exercício de construção de um processo político pedagógico.

Como se constata, a Reaps Aracaju está consolidada enquanto rede equipada, mas Barbosa (2012) atenta para o fato de que esse processo foi garantido pelo poder público e não por movimento social. Esse dado aponta para diversos riscos, entre eles o de serviços substitutivos

que funcionem com práticas manicomiais, a exemplo dos Caps; bem como a dificuldade dos diversos trabalhadores de atender à pessoa em crise, que revela o problema que temos de lidar com a clínica reformada, pautada no diálogo, no respeito, no direito à liberdade, no exercício de ir e vir, em território, incluindo o afeto como ferramenta de cuidado.

Aracaju tem atualmente no Coletivo Gestor da Reaps muitos trabalhadores que outrora estiveram atuando em Caps, servidores públicos concursados. Ou seja, muitos "militantes estão no poder", ocupando cadeiras de gestão e, infelizmente, tem-se a impressão de que não há produção de muitos outros militantes, confirmando inclusive uma análise de publicações recentes (PITTA, 2011).

A Reaps, ao longo de anos em parceria com a PNH, parece já ter incorporado seus princípios e diretrizes. E, com essa aproximação, muito ainda há por fazer: seguir no investimento cotidiano em EP aos trabalhadores do SUS Aracaju, a fim de rever, atualizar e aprimorar a clínica antimanicomial radical (aquela que diz não aos moldes de internação psiquiátrica tradicional, que inclui os modos violentos, negligentes e desrespeitosos de cuidar das pessoas com problemas mentais e uso nocivo de álcool e outras drogas). Atentar que já se dispõe do principal dispositivo de cuidado para esses casos, que é o Caps III, e o que o usuário acredita e aposta na sua equipe para esse momento que ele mais precisa, quando está em crise.

Ainda será preciso investir em implantação e crescimento da Rede, como o fomento a ações de Geração de Renda, serviços como o Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento, Centros de Convivência e leitos em hospitais gerais, que correspondem aos componentes "*Atenção Residencial de Caráter Transitório*" e "*Reabilitação Psicossocial*" da Raps.

Por fim, e não menos desafiador, está a necessidade de tecer redes. Redes micro e macro. Criar pontes, abrir canais de comunicação, os mais diversos possíveis. Conversar e garantir diálogos dentro do próprio serviço e ampliar esse canal para com os outros, da própria Reaps. E então multiplicar os alinhavos para as outras Redes Assistenciais do SUS Aracaju. É responsabilidade de todos os protagonistas desta história, do lugar onde estiver, gestor, trabalhador, usuário e/ou familiar, realizar a sua ação. Pois, como nos lembra a PNH, uma rede é produzida de vários "nós".

Referências

ANDRADE, T. B. E. S. **Produção de saúde e o trabalho no contemporâneo**: cartografando modos de trabalhar e viver em CAPS de Aracaju. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe, 2011.

BARBOSA, S. M. A. **O processo de formulação da política de saúde mental**: a experiência de Aracaju-Sergipe, 2001 a 2004. Dissertação (Mestrado) – Programa de

Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2012.

BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, dez. 2011.

BASAGLIA, F. (Org.). **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.

______. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

______. Ministério da Saúde; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 23 jan. 2012.

______. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, ago. 2000.

ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na saúde pública. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 13, supl. 1, p. 689-694, 2009.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232011001300002&lng =pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2012.

SANTOS, R. C. **Saúde todo dia**: uma construção coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

Saúde Mental e Povos Indígenas:

Experiência de Construção Coletiva no Contexto do Projeto Xingu[1]

Sofia Mendonça[2]

[1] Este relato foi baseado no Texto de Apoio apresentado para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental *A saúde mental e os povos indígenas: reflexões e práticas no contexto do Programa de Saúde da Escola Paulista de Medicina* da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) no Parque Indígena do Xingu, 2010.

[2] Médica Sanitarista, mestre em Antropologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Coordenadora do Projeto Xingu e da Formação de Recursos Humanos e Extensão – Projeto Xingu/ EPM/Unifesp.

Resumo

A presente reflexão parte de necessidade de sistematizar e compartilhar experiências de atendimento aos problemas de saúde relacionados à saúde mental entre indígenas com base em situações vivenciadas pela equipe do Projeto Xingu da Escola Paulista de Medicina/ Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) com os povos indígenas do Parque Indígena do Xingu e pacientes do Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo. O projeto de extensão universitária teve seu início em 1965 com o objetivo de desenvolver a atenção à saúde, pesquisa e ensino com esta população indígena. Neste relato, ressalta-se as possibilidades de atendimento compartilhado entre especialistas tradicionais indígenas, entre eles os pajés, problematizando as possíveis abordagens às singularidades desta população. A construção coletiva de estratégias de enfrentamento ao problema do uso abusivo do álcool entre os indígenas com os agentes indígenas de saúde, lideranças homens e mulheres das comunidades emergem no “plano de soluções” a partir da confecção da “rede explicativa do problema” que aqui se descreve. Ao final, a experiência reforça a importância do vínculo e do diálogo entre os profissionais de saúde e os doentes, seus familiares, especialistas tradicionais e comunidades, buscando maior autonomia e liberdade dos sujeitos no processo de recuperação da saúde.

Palavras-chave:

Saúde indígena. Antropologia da saúde. Humanização. Saúde mental.

Pensar em Reforma Psiquiátrica, antes de tudo, é pensar em lidar com o outro, com o diferente, é enfrentar a exclusão e a intolerância. Nesse contexto, a experiência de trabalhar com a saúde indígena permite-nos encontrar a diversidade e o outro de forma contundente, o que a torna foco de interesses no conjunto de textos que compõem este caderno temático da Política Nacional de Humanização dedicado às experiências e aos debates que a Reforma Psiquiátrica vem desenvolvendo no País. O encontro de culturas revela modos diferentes de ser, de viver e de pensar o mundo, assim como distintas formas de percepção, de explicação e de intervenção no processo de adoecimento e cura.

Segundo Levi Strauss, "Todos os sistemas de cura dependem da Eficácia Simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico/curador, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado" (LEVY-STRAUSS, 1970, p. 183-254).

É interessante pensar esta questão, de assumir na atenção básica e saúde mental a possibilidade de os grupos sociais, povos tradicionais ou povos indígenas formularem outros modos de perceber, explicar e tratar os problemas de saúde. Neste trecho extraído da *Apresentação: Imagens no Espelho*, do Livro *Os índios e nós – Estudo sobre Sociedades Tribais Brasileiras*, podemos refletir a partir do olhar antropológico:

> O estudo dos índios brasileiros pode nos conscientizar de aspectos de nossa própria sociedade sobre os quais tendemos a refletir muito pouco. Através da análise dos índios brasileiros somos forçados a nos considerar a partir de um ponto de vista diferente... O título desta apresentação inspira-se nos espelhos que são parte de muitos parques de diversões. Os parques de diversões e a Antropologia têm uma importante característica em comum: ambos alteram a percepção. No primeiro, altera-se a percepção que o indivíduo tem de seu corpo e do espaço; na segunda, o que se altera é a percepção que ele tem de sua sociedade e das sociedades humanas em geral[...]
>
> [...]A lição que cumpre tirar do estudo comparativo da humanidade não é a de que as outras sociedades são melhores ou piores do que a nossa, mas é a de que temos algo a aprender com elas. O etnocentrismo dos evolucionistas não precisa ser substituído por uma visão romântica do nobre selvagem; ao invés disso, podemos considerar nossa sociedade como uma entre as muitas que constituem o mundo[...]
>
> [...]A razão de os antropólogos estudarem questões de interesse geral para o Ocidente em sociedades não-ocidentais é o fato de acreditarem que uma distância maior de seu objeto de estudo aperfeiçoa sua capacidade de analisá-lo. Todos nós tendemos a tomar nossas crenças

> como dadas. Acreditamos que nossa maneira de fazer as coisas, como educar crianças ou adorar a Deus é "natural", ou "revelada", ou "óbvia", ou "lógica". Porém, na verdade, a maioria da imensa variedade das sociedades humanas acredita estar fazendo as coisas "naturalmente" ou da melhor ou mais lógica maneira possível. Assim, o estudo de outras sociedades permite ao analista relativizar as instituições, as crenças e o *ethos* de sua própria sociedade (SEEGER, 1980, p. 13-16).

Este relato de experiência, do Projeto Xingu, propõe uma reflexão e levanta algumas questões e desafios para o debate sobre a saúde mental e os povos indígenas. A leitura aqui elaborada tem como cenário algumas situações e experiências vivenciadas pela equipe do Projeto Xingu da EPM/Unifesp e os povos indígenas do Parque Indígena do Xingu e pacientes do ambulatório do índio do Hospital São Paulo e, portanto, não dá conta da diversidade do problema nas diferentes áreas indígenas do País.

Até muito pouco tempo o grande foco da construção da política de saúde indígena era a questão do modelo de atenção, a necessidade de concretizar uma atenção diferenciada e a organização dos serviços de saúde destinados a esses povos. Com muita luta e persistência foram criados e implantados os distritos sanitários especiais indígenas pelo País, constituindo o que hoje conhecemos como subsistema de atenção à saúde indígena, o Sasi-SUS.

A demanda maior ainda é a assistência médica e o controle das doenças infectocontagiosas, particularmente as grandes endemias, como a malária e a tuberculose, doenças que, somadas às respiratórias agudas e às diarreicas, são responsáveis pela maioria das mortes em áreas indígenas, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde há maior isolamento.

Ao longo dos dez anos de existência do subsistema percebeu-se que outros agravos estavam presentes e, de certa forma, compunham a paisagem, pois passavam despercebidos e irrelevados, como a desnutrição, a obesidade, a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a depressão, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e o suicídio. O que fazer com estas novas e concomitantes demandas? Em que situações estes problemas se tornam relevantes e se destacam?

É fato que estes problemas de saúde estão intimamente relacionados às mudanças no modo de viver, às condições de vida e à relação de contato e convivência com a sociedade nacional. Várias são as situações de contato e conflito entre os povos indígenas e a sociedade envolvente. O pano de fundo desta relação, calcada no modelo de desenvolvimento econômico expansionista que vê o indígena como obstáculo, é marcada pela oposição colonizador X colonizado, opressor X oprimido, em que a desigualdade, o preconceito e a exclusão tem efeitos devastadores.

Ao longo dos 49 anos de trabalho da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), entre os povos indígenas do Xingu. Temos acompanhado lideranças, jovens, estudantes, trabalhadores, agentes de saúde e professores indígenas, transitarem entre os dois mundos, do índio e do não índio, entre a aldeia e a cidade, entre mundos de regras sociais e de comportamento diferentes. Neste movimento pendular muitos entram em conflito, se sentem perdidos, como que isolados no meio do caminho, em cima da ponte, como um agente de saúde se referiu certa vez a um sonho. Muitos indígenas sentem-se distantes de sua referência cultural e, portanto, de sua identidade coletiva. Terrenos férteis para a desordem, para o caos individual e coletivo. Como será que os indígenas, suas lideranças, homens e mulheres, percebem estes problemas?

Na prática, algumas estratégias têm sido adotadas, tanto para uma abordagem individualizada como coletiva. Discorreremos sobre alguns dos problemas relacionados à saúde mental, ou ao "Bem Viver", como dizem algumas lideranças indígenas.

Alguns casos que apresentam sintomas que sugerem depressão ou mesmo surtos psicóticos, no Xingu, têm sido tratados com uma estreita relação entre os sistemas de cura, o ocidental/biomédico e o tradicional indígena, com a interveniência de psiquiatras, de clínicos, de pajés e de rezadores. Uma das possibilidades desse diálogo passa pelo estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e os usuários indígenas, que permite a avaliação clínica, a interpretação simbólica dos sonhos, do comportamento e de seus conteúdos. A maioria dos casos relacionados a distúrbios de comportamento e de *pensamento,* como dizem os índios, tem como primeira escolha o tratamento com os pajés e rezadores, na maior parte das vezes com sucesso.

Mais recentemente, alguns casos de alteração de comportamento, sintomas de tristeza profunda, depressão ou surtos psicóticos têm evoluído de forma diferente. Alguns indígenas não respondem imediatamente ao tratamento tradicional ou apresentam uma recidiva do problema em um curto espaço de tempo. Em conversas com os especialistas locais, pajés e rezadores, temos ouvido suas dificuldades de lidar com conteúdos que se relacionam às relações externas, provenientes do contato com o mundo exterior, com o mundo dos não índios. Outros elementos têm sido incorporados ao pensamento indígena e têm demandado uma *produção ou construção de sentido,* reordenações e ressignificações, como coloca Raynaut (2002, p. 43).

> A característica definidora do ser humano, comparado aos outros seres vivos no mundo, é o fato de ele ser produtor de sentido... Ele representa o que está acontecendo em função dos seus quadros de pensamento: quadros que se compõem de saberes, crenças, símbolos, valores e modelos éticos. Esta construção de sentido é o resultado de

> processos individuais e decorre da própria história de cada um. Mas é também o produto de uma cultura coletiva que imprime sua marca nas representações dos membros de um grupo ou de uma sociedade... Vários estudos epidemiológicos e antropológicos revelam a falência/insucesso de políticas públicas de programação em saúde justamente por não considerarem essa "construção de sentido" – essas representações sociais sobre o processo de adoecimento entre os povos tradicionais, entre eles os povos indígenas (RAYNAUT, 2002, p. 43).

As questões relacionadas às invasões das terras, à política indigenista oficial fragmentada, à emergência de novos agravos à saúde, aos conflitos geracionais e à desvalorização da cultura têm, de certa forma, esgarçado o tecido social, criando lacunas, tornando-os mais vulneráveis aos problemas relacionados à saúde mental.

Diante destes casos mais complexos a equipe médica procurou assessoria na área da Psicologia e da Psiquiatria para avaliação e acompanhamento dos pacientes. A abordagem multidisciplinar cuidadosa e culturalmente sensível propiciou bons resultados, percebidos pelos próprios especialistas locais, a ponto dos próprios pajés buscarem uma aproximação aos *médicos do pensamento*. Já foram realizados alguns encontros para discussão de casos entre os pajés, clínicos e psiquiatras. Para citar um caso:

> O cacique L. A. tem sido acompanhado nos últimos anos com um quadro que alterna problemas físicos e psíquicos, estes últimos relacionados a um quadro depressivo. Passou por tratamentos tradicionais com pajés e rezadores de outras etnias, tendo episódios de melhora e recidiva. Durante um dos momentos de pajelança, a mobilização do núcleo familiar e da aldeia como um todo foi muito importante. Os sonhos, os espíritos e os cantos orientavam os pajés e localizavam a alma perdida entre os dois mundos. Os cantos relatavam onde ela estava e o que estava fazendo. A família pendurava os pertences importantes do paciente em uma corda para que sua alma se lembrasse e voltasse para este mundo. A família também participava dos cantos pedindo o retorno de sua alma. Os pajés, em um esforço visível, lutavam para trazer a alma desgarrada. Depois de horas, às vezes dias, separados por sonhos reveladores, a alma está voltando. Este momento é como um clímax, em que todos participam cantando. É quando a alma é carregada de volta por um cordão de algodão, como um bebê até uma cesta que a acolhe. Em seguida a cesta é carregada com imenso cuidado para ser levada de volta ao corpo da pessoa. Simbolicamente, esta cerimônia devolve ao paciente a integração do seu eu, tão distante nos casos de depressão. A doença é trabalhada em todas as suas dimensões: a física, a psíquica e a social. Na maioria das vezes estes rituais garantem uma remissão do problema físico e psíquico, uma vez que são compreendidos como um todo. Depois de um tempo, acompanhando este caso e percebendo novamente uma mudança de comportamento de L.A., que apresentava novamente sintomas e sinais

de depressão, o médico discutiu o caso com o psiquiatra que assessora o Projeto. O plano terapêutico passava por uma longa conversa, para entender o que estava acontecendo, formular hipóteses diagnósticas e a necessidade ou não de utilizar medicamento.

Relato do médico:

"Hoje pela manhã fui conversar com L.A. Nessa hora que o sol está bem forte, lá pelas 10 horas e tanto, o pátio da aldeia está vazio. As pessoas estão nos seus afazeres, uns roçando perto das casas, algumas mulheres ralando mandioca. Outros estão mais longe, nas roças, tirando palha para as casas ou pescando. É uma hora boa pra prosear à vontade, na sombra boa das casas altas e seus telhados de buriti e inajá. Encontrei L.A. sentado numa rede perto da porta. É a primeira vez em dias que o visito. Normalmente ele está na cama, deitado dentro do mosquiteiro... Mas não hoje. Ontem marcamos essa conversa e fiquei contente de vê-lo ali, mais perto da luz que entra pela única porta da enorme casa. Mexia com umas penas de papagaio para fazer cocar desses pequenos e bem coloridos. Uma das netas me traz um banco para eu me sentar perto do avô. Começo a dizer a razão de minha visita. Estou preocupado com ele. Não o tenho visto banhando no rio, nem fora da casa, nem mesmo no centro da aldeia à noite. Por isso queria saber como ele vai, se sente alguma coisa. O que está acontecendo com ele. L.A. começa a contar de suas dores. As que mais incomodam são as dos pés, o direito principalmente. Começa no pé, mas sobe para a perna e ele não consegue andar direito. Não é todo dia. Tem dia que ele consegue andar um pouco, mas piora depois. E tem a dor no pescoço que de vez em quando chega, também, pra piorar... Ele fala uns 15 minutos de suas dores físicas. Escuto em silêncio, prestando bem atenção. Depois de um grande silêncio arrisco a pergunta: '– E seu pensamento, como anda? Está tudo bem com seu pensamento?' Mais um longo silêncio. De repente começa a contar. Ele fala bastante, com vontade. Seu pensamento está muito ruim. Ele pensa sempre nas coisas ruins que aconteceram por causa dos brancos. E das que continuam acontecendo. Ele fica vendo as coisas, preocupado com o que ainda tem pela frente. As pessoas da aldeia sempre precisam dele, mas ele não está conseguindo mais. '– Se eu pudesse falar o que sinto e penso direto para as pessoas responsáveis seria melhor, pois quando a gente fala pelo menos o pensamento sossega um pouco. Mas eu fico aqui.' Também tem dias que não quer nem conversar, nem quer comer, só quer ficar quieto, no canto, fazendo nada, ouvindo nada. Tem aqueles dias que acorda bem, mais animado, mas logo depois essa animação passa e ele quer ficar só e quieto. Ele fica pensando na roça dele que está com mato crescendo. Também pensa na outra roça, mais antiga, onde ele queria fazer casa, mas não consegue. E pensa também nas coisas que estão acontecendo com as pessoas da aldeia. Com os jovens que andam bebendo bebida de branco e até trazendo para a aldeia. Pior ainda pensar no que está acontecendo no entorno da área indígena. Nos fazendeiros, que tanto querem

> mais terra para depois não ter respeito nenhum por ela, derrubando tudo, até a beirinha mesmo, e sujando os rios e enchendo o céu de fumaça de tossir quando chega agosto. E a cidade. Quanta coisa ruim para tentar os mais fracos e os mais jovens. Tem a bebida do branco. Já até misturaram com o caxiri, que já não é nosso, pois aprendemos com os outros índios. Então aí, nessas horas, o pensamento fica ruim. Dá vontade de não ouvir mais nada, nem falar, nunca mais, só quando a vontade chegar de novo. E sonha ruim também. Com muito bicho falando com ele... Ele já falou muito pro pessoal da aldeia que ele quer ir embora. Mas o pessoal segura. Não deixa ele ir. Precisa dele, sempre... Não é como antigamente que ele ia todo dia conversar no centro da aldeia. Ele que chamava o pessoal que ficava sem ir às vezes. Juntava todo mundo. Falar da roça, da casa que tem que fazer, das caçadas, das festas e dos espíritos. Hoje não. Sempre tem coisa nova, misturado com branco. E tem os dias que ele nem consegue dormir. Quando ele escuta coisas ruins ele fica muito nervoso, começa a tremer e a suar. Por isso ele não vai mais no centro. Não quer. Também sonhou com o espírito de seus pais. Falavam para ele ir embora, para longe, também. Muito ruim. Muito ruim mesmo. Nessas noites sem sono, ele fica escutando os outros que dormem, no escuro, sozinho. Pensamento ruim até 3 horas, até 6 horas. Aí dorme um pouco, até as 8 horas. Por isso ele não consegue levantar cedo. É assim."

A partir desta conversa o ânimo de *L. A.* mudou. Passou a frequentar o centro da aldeia e a participar das atividades do dia a dia. Ele havia sido acolhido em sua demanda, também pela equipe de saúde. A conversa se estendeu à família, no sentido da legitimação do problema como doença, para estimular o apoio e os cuidados durante o tratamento. Ao mesmo tempo foi instituído um tratamento medicamentoso sob supervisão e acompanhamento. O caso foi discutido com o pajé e com a equipe local, enfermeira, auxiliar de Enfermagem indígena e agente de saúde, para o seguimento necessário. Outros casos semelhantes tiveram uma boa resposta, sempre acompanhados pelos especialistas locais, e o medicamento foi suspenso em pouco tempo.

Essa abordagem e percepção do indivíduo, no seio de uma comunidade indígena, pressupõem a sensibilidade cultural, o vínculo, a observação e a escuta contínuas, facilita o diálogo intercultural e tem uma boa resposta terapêutica. Como preparar a equipe técnica de campo para perceber e abordar estes casos? Como garantir um vínculo que possibilite essa abertura, esse espaço de diálogo? Qual é a percepção dos indígenas em relação ao uso abusivo de bebidas alcoólicas?

Sobre o aumento do consumo de bebidas alcoólicas na população indígena

Tem sido objeto de grande preocupação o aumento do número de casos de indígenas alcoolizados, nos postos indígenas e nas aldeias, em geral eventos associados à violência doméstica. A introdução de bebidas alcoólicas fora do contexto sociocultural de consumo das bebidas fermentadas de uso tradicional, como o *caxiri*, também tem sido registrada. O processo de alcoolização entre os povos indígenas do Xingu vem crescendo nos últimos anos, principalmente em decorrência da intensificação do contato com a sociedade envolvente, com um grande movimento de saída dos indígenas para os municípios vizinhos. Há alguns anos vem sendo discutida esta questão nas reuniões de conselho, de lideranças, no encontro de mulheres indígenas e em reuniões com as comunidades, quando verbalizam e consideram que o aumento do consumo de álcool tem se tornado um sério problema de saúde. Algumas conversas nas comunidades foram realizadas, o controle sobre a entrada de bebidas começou a ser realizado de forma mais ostensiva, mas sem uma sistematização ou continuidade. Alguns indígenas passaram a introduzir a bebida disfarçada dentro da área, o que dificulta o controle.

Diante desta situação propusemos a elaboração de um Diagnóstico Participativo sobre o consumo de bebidas alcoólicas na região do médio, baixo e leste do Parque Indígena do Xingu. Para este diagnóstico foram utilizados vários espaços de conversa e diferentes instrumentos para entrevistas individuais. A perspectiva foi e tem sido criar estratégias que deem conta da abordagem do problema nos indivíduos, mas principalmente que ofereça uma abordagem coletiva do problema como coloca Langdon (2001, p. 83) "[...] Quando estamos frente a um problema coletivo que caracteriza certas comunidades, como o caso de várias comunidades indígenas, é necessário deslocar o alcoolismo do campo **universal/individual/causa única** para o campo **cultural/coletivo/multifatorial**".

A questão do aumento do consumo de bebidas alcoólicas foi trabalhada durante o Módulo de Saúde do Adulto e do Idoso, do curso de formação dos agentes indígenas de saúde,[3] como uma das estratégias de sensibilização, de mobilização e de enfrentamento do problema. Foi proposta aos alunos uma pesquisa de campo, em que os agentes indígenas de saúde entrevistaram os mais velhos, os sábios, as lideranças, os homens e as mulheres das aldeias sobre os diferentes temas a serem trabalhados nos módulos do referido curso. Para esta pesquisa específica sobre a questão do consumo de bebidas alcoólicas foram feitas as seguintes perguntas:

[3] O Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde foi coordenado e desenvolvido pelo Projeto Xingu EPM/Unifesp, no médio, baixo e leste do Parque Indígena do Xingu, em parceria com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, Escola de Saúde Pública/SES/MT e Secretaria de Educação do Estado de Mato Grosso – Seduc/MT.

Trabalho de campo:

1. Antigamente existia alguma bebida usada pelo seu povo? Quais as bebidas e como eram feitas? Em que momento era usada?
2. E atualmente esta bebida continua sendo consumida por seu povo e em que momento?
3. Outras bebidas foram introduzidas na sua aldeia? Quem introduziu? Quais bebidas? Quem consome e em que momento?
4. Você acha que bebida alcoólica é um problema na sua aldeia? Que tipo de problema a bebida causa? Como a comunidade enfrenta este problema?
5. Como você ajudaria as pessoas que enfrentam o problema do álcool em sua aldeia?

A maioria absoluta dos alunos trouxe em suas pesquisas a confirmação e a percepção de todas as comunidades de que o aumento do consumo da bebida alcoólica é um problema sério entre os povos do Xingu. Entre todas as etnias que participaram da pesquisa apenas uma tem o costume de usar tradicionalmente bebida alcoólica, o *caxiri*, feito da fermentação da mandioca. Todos revelaram que a bebida do *branco* tem sido introduzida por indígenas que frequentam a cidade, particularmente lideranças e assalariados como os funcionários da Educação, da Saúde e da Funai. Na maioria dos relatos o problema começa na cidade e está invadindo as aldeias. Também foram relatados os casos dos jovens, adolescentes, que vão estudar na cidade e, longe da família, da aldeia e de suas regras sociais, são seduzidos por colegas a consumir bebidas alcoólicas, outras drogas e frequentar cabarés.

As pesquisas foram feitas individualmente e sua apresentação foi realizada por etnia. Nesse momento, todos os alunos do mesmo povo puderam conversar e discutir a questão para montar a apresentação. Em uma dada apresentação, um indígena fez um depoimento corajoso sobre sua trajetória de vida e os problemas que enfrentou com a bebida alcoólica e como *enterrou* este problema. Este povo em particular tem uma organização social bem fortalecida e tem criado novas regras sociais incorporando o enfrentamento destes novos problemas, como a questão da bebida alcoólica.

Depois de uma explanação interativa sobre a questão do consumo de álcool, os problemas individuais e coletivos, físicos, psíquicos e sociais, foi visto um filme, Terra Vermelha,[4] e a leitura de textos de apoio que contavam notícias e traziam depoimentos de indígenas sobre o tema. Seis grupos apresentaram na forma de dramatização as notícias e os depoimentos e puderam discutir e analisar o problema sob vários aspectos. Na sequência foi proposta

[4] Terra Vermelha. Filme de Marco Bechis. São Paulo: [s.n], 2008. Sobre o drama vivenciado pelo Povo Guarani Kaiowá no Mato Grosso do Sul.

a elaboração da "rede explicativa do problema" e a construção do "plano de soluções", cujos resultados seguem a seguir.

Rede explicativa do problema: aumento do consumo de bebidas alcoólicas

Por que esta questão da bebida alcoólica é um problema no Xingu?

- Está aumentando o número de pessoas que consomem bebidas alcoólicas.
- A bebida alcoólica prejudica a saúde da pessoa como: doença no fígado, hepatite e gastrite. E é uma porta de entrada para várias doenças como DST, aids e ela faz a pessoa ficar desnutrida.
- A pessoa perde confiança da comunidade.
- A bebida deixa a pessoa descontrolada.
- Deixa a pessoa ficar deprimida.
- Desvaloriza a força de lutar pelos direitos da terra e saúde.
- Brigas entre as famílias e outras pessoas, levando a desorganização e a divisão da comunidade.
- Muda o comportamento da pessoa, ela não dá valor para a orientação da comunidade e da própria família.
- Quando uma pessoa se envolve com bebida alcoólica atinge todos os povos indígenas do Xingu, até as pessoas que não tem a bebida na aldeia.
- Deixa a pessoa sonhar muito alto, quer ser melhor que todos.
- A bebida leva a pessoa rapidamente para longe de sua cultura.

Por que acontece esse problema no Xingu?

- Porque hoje esta mais fácil o acesso à cidade devido às estradas. As pessoas que ganham dinheiro podem fazer compras na cidade e trazer bebida alcoólica.
- Porque algumas pessoas da comunidade aprendem a beber com os amigos da cidade e depois ensinam outras pessoas da comunidade.
- Falta de conscientização dos pais com os filhos e parentes que moram na cidade.
- Falta de interesse na sua cultura, leva a pessoa à desvalorização do próprio povo.

- Para ficarem mais corajosas as pessoas mais tímidas bebem para conhecerem a realidade do não índio, para ir além do conhecimento do seu povo.
- Aumento do número de índios morando na cidade.
- Aumento da entrada de não índios na terra indígena do Xingu.
- Aumento de lideranças alcoolizadas na cidade.
- Aumento do número de casamentos com não índios.
- Aumento de pessoas assalariadas (funcionários).

Plano de soluções para o problema aldeia

Ações individuais

- Realizar visitas domiciliares, para conscientização de todos, e mapear as pessoas que têm risco com o uso de material educativo.
- Aconselhar, orientar e procurar diálogo com a pessoa, conversar em lugar seguro para entrevistá-lo com calma.
- Conscientizar as pessoas quando saírem para a cidade pela primeira vez. Falar o que a bebida alcoólica causa: violência, intolerância, cirrose, problemas no coração, no cérebro, gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite.
- Reunir com a comunidade quando houver problema na aldeia, para os problemas não piorarem.

Ações coletivas

- Criar plano de soluções com a comunidade.
- Realizar reunião da comunidade com a equipe de saúde multidisciplinar, envolvendo lideranças, professores, agentes indígenas de saúde (AIS), agentes indígenas de saneamento (Aisan), auxiliares de Enfermagem, chefe de posto indígena e coordenador de saúde.
- Realizar reunião para tratar coletivamente as pessoas que estão em risco.
- Dar continuidade ao trabalho de fortalecimento das escolas indígenas para impedir a saída de jovens para estudarem na cidade.
- Fazer palestras, teatro e passar filme na comunidade com os professores, AIS, Aisan, agente ondígena de saúde bucal (Aisb), cacique.
- Envolver os projetos realizados na aldeia nas discussões sobre alcoolismo.

Polo-base[4]

- Os chefes têm de orientar seus funcionários sobre a bebida alcoólica antes de contratá-los.
- Disponibilizar carros, motor de popa e barcos para a realização de trabalhos nas aldeias da abrangência.
- Os coordenadores e os chefes não podem dar mau exemplo para os funcionários.
- Os coordenadores devem orientar os funcionários para comprar coisas boas.
- A equipe técnica ficar atenta com a pessoa que se envolve na bebida alcoólica, para tratar quando for necessário.

Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei/Xingu)

- Garantir os recursos e o combustível para realização do trabalho nas aldeias e polos-base.
- Garantir equipe técnica para acompanhar o trabalho nas aldeias.
- Garantir capacitação e materiais educativos para os agentes de saúde.
- Conscientizar seus funcionários para não usarem bebida alcoólica dentro da área indígena.

Outros setores

- Fazer parcerias com as instituições como: ONGs, Associações Indígenas, Escolas Centrais, para realização de trabalhos de prevenção e de conscientização nas aldeias.
- Articular com a educação o fortalecimento das escolas locais para evitar a saída de jovens estudantes para a cidade.
- Buscar projetos culturais para envolver os jovens e as lideranças das aldeias, valorizando a sua própria cultura.

Durante as discussões e o fechamento das propostas de enfrentamento do problema do uso de bebidas alcoólicas, também foram apresentadas as estratégias a serem implementadas pelo Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a saber:

1. Estabelecer regras do trabalho e dos trabalhadores com relação ao uso de bebidas alcoólicas.

[4] Polo-base corresponde a um território da saúde de abrangência específica no contexto dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Em geral, configura uma rede de postos de saúde nas aldeias, uma Unidade Básica de Saúde, e uma Equipe Multiprofissional de Saúde constituída por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem e agentes indígenas de saúde.

2. Realizar um Diagnóstico Participativo sobre o problema da bebida alcoólica entre os povos do Xingu.
3. Promover o VI Encontro das Mulheres Xinguanas – convidando lideranças, homens – para discutir o problema e levantar juntos propostas de enfrentamento.
4. Propor esta questão como ponto de pauta nas reuniões dos conselhos locais e distrital.
5. Apoiar o trabalho dos AIS nas atividades coletivas sobre este tema.
6. Articular com o setor de educação para promoção dos cursos profissionalizantes na área da Saúde.
7. Buscar estratégias de tratamento/acompanhamento para os casos de doença – alcoolismo.
8. Construir livros bilíngues sobre este tema das mudanças no modo de viver – consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, hipertensão arterial e diabetes, no ensino fundamental do curso.
9. Apoiar projetos relacionados ao resgate da cultura – saúde, plantas medicinais, entre outros – para estimular os jovens e o diálogo entre as gerações.

A rede explicativa e o plano de soluções foram elaborados por etnia. Depois da apresentação, a discussão foi muito interessante e vários alunos procuraram individualmente a coordenação e os instrutores para conversar sobre os problemas enfrentados no dia a dia.

Trata-se de um problema que demanda abordagem individualizada e coletiva, que desde a pesquisa dos agentes de saúde nas aldeias tem repercutido nas rodas de conversa nas aldeias e no polos-base.

Está sendo realizada uma pesquisa, com instrumentos adaptados, para quantificar e qualificar o problema entre os povos do médio, baixo e leste Xingu, dentro das aldeias e nas cidades do entorno.

Durante uma das atividades de rodas de conversa e oficina de culinária na aldeia Tuba-Tuba do Povo Yudja, já em agosto de 2012, foi retomada a questão do consumo de bebidas alcoólicas vindas da cidade. Este povo faz uso tradicional de uma bebida fermentada que costumam chamar de *Yakuha* (semelhante ao *Caxiri*). Eis o relato de uma psicóloga que acompanhou a equipe do Projeto Xingu nesta ação entre os Yudja:

“As entrevistas realizadas com algumas lideranças nos mostraram o quanto a comunidade de Tuba-Tuba conseguiu se organizar e conversar a respeito da bebida do branco dentro da aldeia, de forma que construíram um mecanismo social de controle que tem funcionado. Segundo os relatos, a entrada de bebida na aldeia diminuiu muito após as intervenções realizadas:

Criação de escola para cuidar de problemas que estavam surgindo (álcool, drogas, forró, futebol). (Isso mostra uma preocupação das lideranças em cuidarem da forma com que os índios estão entrando em contato e entendendo costumes dos “brancos”, mostra uma preocupação em acompanhar esse intercâmbio de culturas, de refletir sobre ele, possibilitando um olhar crítico, embasado em experiências anteriores e em referenciais da própria cultura. Essa força, esse acompanhamento dos jovens inclusive nessas questões, assumem um valor muito importante para essa comunidade e para impedir que os jovens “se percam” ou percam seus referencias nesse contato. Isso não impede que eles aproveitem coisas boas de outras culturas caso desejem incluí-las em sua vida – internet, entre outras coisas – , mas os ajuda a ter um olhar crítico pra elas).

Conversas nas escolas, com os jovens, sobre bebidas alcoólicas.

Conversas e reflexões com os jovens a respeito do que eles querem ser, do que eles querem para o futuro (não querem ser alcoólatras, querem ser defensores da comunidade).

Orientações e conversas feitas tanto pelo cacique, quanto pelos professores, dentro da comunidade sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Orientação e conversas dos pais com seus filhos dentro da própria família sobre a cultura e a vida.

Pressão das mulheres, que trazem a valorização da própria cultura por meio do preparo da Yakuha e da valorização da relação do homem com sua família e comunidade. – Muito bacana a força e a pressão exercidas pelas mulheres que trazem para o homem ‘que ele já tem uma bebida alcoólica em sua aldeia’, ‘que é só ele pedir pra sua mulher que ela prepara’, ‘que ele já tem aqui, não precisa ir tomar a do branco’.

> Conversas sobre as doenças que vêm com a bebida, que "estraga" o corpo e a saúde e conversar sobre os males que a doença traz para a família e a comunidade, pois a bebida "mexe com a cabeça", faz o homem brigar com a mulher, com os filhos além de brigar e querer matar outra pessoa, a própria família.
>
> Valorização dos líderes dentro da comunidade: que sejam exemplos para os mais novos, que tenham a confiança da comunidade."

Além dos aspectos relatados foi observada a importância da fortificação da própria cultura e costumes, com práticas tradicionais sendo mantidas e estimuladas dentro da comunidade (FULMIAN, 2012).

Em alguns adultos que já tiveram experiências com bebidas e que hoje não consomem mais, foi observado um processo de conscientização interna, por algum fato que viveu ou presenciou, que o tocou e que o fez repensar a si mesmo, seu futuro e que apresentam um processo de conscientização mais profundo, mais convicto. Em muitas falas, tanto de mulheres, de alguns homens (líderes) quanto do cacique e do pajé, podemos notar uma grande valorização da própria cultura. Fator que tem se revelado importante meio de união e de fortalecimento da própria comunidade e dos indígenas individualmente perante as outras culturas.

O resultado das pesquisas, das discussões, da elaboração da rede explicativa e da construção do plano de soluções deixaram claro que o processo de alcoolização[5] entre os povos do Xingu é um problema percebido pelas comunidades e que estas têm procurado construir coletivamente estratégias de enfrentamento. Retomando Raynaut (2002, p. 53):

> Cada um – indivíduo, família, grupo local – conserva um espaço de atuação próprio que lhe permite intervir como ator de sua própria existência; reinterpretando as condições externas às quais ele é submetido e elaborando o que nós propomos chamar de "situação de vida", essa realidade existencial cotidiana à qual ele impõe, com mais ou menos força conforme os casos, o seu cunho. [...] Se fosse aceita a ideia de que as pessoas às quais estão dirigidas as políticas públicas, até as categorias mais carentes, não são passivas, que elas mesmas atuam no dia-a-dia para procurar soluções, isto abriria a possibilidade de uma outra linha de desempenho da ação pública no domínio da saúde, uma linha construída não exclusivamente sobre um saber vindo de cima para baixo, mas negociada a partir da própria experiência das pessoas e das comunidades (RAYNAUT, 2002, p. 53).

[5] Sobre este tema ler os artigos: SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. *Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena e Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil.*

Aparentemente são poucos os casos de indivíduos *dependentes* da bebida alcoólica, em sua maioria são casos de intoxicação aguda relacionada às viagens para as cidades. Mais recentemente, a partir destas discussões, alguns povos têm incorporado este problema e criado novas regras sociais para enfrentá-lo. Este processo tem tido mais sucesso quando acionado por grupos de maior coesão, com lideranças claras, fortes e presentes.

O Diagnóstico Participativo está sendo desenvolvido pela equipe do Projeto Xingu EPM/Unifesp em parceria com o Distrito do Xingu, em diferentes momentos, desde 2009. É um processo dinâmico que exige sucessivas aproximações.

Considerações finais

O campo da Saúde Mental e saúde dos povos indígenas tem um longo caminho a percorrer. Passa por desconstruir conceitos, quebrar paradigmas elaborados sobre bases teóricas oriundas da cultura ocidental europeia:

> A Psicologia, assim como outras áreas do conhecimento que não a Antropologia, por muito tempo silenciou frente à realidade indígena. Isto se deu por diversos fatores, como por exemplo, o isolamento voluntário ou imposto pelo Estado aos grupos indígenas, ou ainda pela dificuldade de uma Psicologia que tem suas bases teóricas construídas sobre a cultura ocidental europeia e a concepção de sujeito a partir da sociedade moderna, em dialogar e se recriar quando no encontro de alteridade com outras culturas (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2009, p. 1).

É preciso um equilíbrio entre o relativismo cultural, que não percebe o problema e julga que é simplesmente *cultural*, e a intervenção etnocêntrica em que os significados, condutas e, principalmente, as referências de abordagem terapêutica baseiam-se em uma lógica da Biomedicina. As estratégias e as ações a serem desenvolvidas neste campo necessariamente devem ter como costura a interculturalidade, a percepção do outro, a interface com outra leitura de mundo, de sujeito, corpo e alma, indivíduo e coletivo. Alguns questionamentos pontuam os desafios que ainda se colocam para a construção de uma perspectiva de trabalho na população indígena que, respeitando suas singularidades, possa colocá-la em uma posição de protagonismo, criando vínculos de corresponsabilização e confiança com os setores públicos que a tem atendido: Qual é a linguagem e a referência cultural que se propõe para a abordagem dos atendimentos à saúde mental dos índios? Como não medicalizar e institucionalizar ainda mais estes casos? Como não criar mais uma ruptura, mais uma desagregação no tecido social destes povos?

Por outro lado, cabe aos serviços de saúde colocarem-se as seguintes perguntas-guia: Como fortalecer as práticas de cura tradicionais indígenas? Como criar estratégias que lidem e valorizem o coletivo e a coesão das sociedades indígenas? Como estruturar serviços de referência culturalmente sensíveis para lidar com esta questão? Como capacitar e potencializar as equipes locais para ações de prevenção, de vigilância e de abordagem terapêutica destes casos?

Em todas estas experiências fica evidente a importância do vínculo e do diálogo entre os profissionais de saúde e os doentes, seus familiares, especialistas tradicionais e comunidades, buscando maior autonomia e liberdade dos sujeitos envolvidos no processo de recuperação da saúde e do equilíbrio. Esta ideia vem ao encontro das diretrizes apontadas pela Política Nacional de Humanização para a qual, segundo anunciado na apresentação deste caderno temático:

> ... só faz sentido falarmos em humanização do cuidado em saúde mental se estivermos tratando de sujeitos livres, [...] como efeito concreto de relações entre sujeitos e coletivos, cujos encontros, diferenças, paixões, desavenças os tornam mais potentes, mais sensíveis às necessidades uns dos outros e mais dispostos a novos encontros (PAULON; ESCÓSSIA, 2012, p. 1).

Referências

BOECHAT, W. Transferência, tradições e Xamanismo. In: BYINGTON, C. A. (Org.). **O simbolismo nas culturas indígenas brasileiras**. São Paulo: Paulus, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE PICOLOGIA (Rio Grande do Sul). Comissão dos Direitos Humanos. **Psicologia e povos indígenas**: reflexões, desafios e possibilidades Comissão de Direitos Humanos do CRPRS, 2009. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/tema.php?AreaTematicaID=7&ArtigoID=7>. Acesso em: 10 mar. 2009.

FULMIAN, R. B. **Relatório de ação Oficina de saúde, nutrição e culinária com o povo Yudja, das aldeias Tuba-Tuba, Pakaya e Pakisamba, no Parque Indígena do Xingu, no período 18 a 27 de agosto de 2012**. São Paulo: [s.n], 2012. Mimeo.

LEVY-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970, p. 183-254.

LANGDON, E. J. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO

GROSSO DO SUL, 1., 2001, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 83-97. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021anais_seminario.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

MENDONÇA, S. **Relatório do Módulo de Saúde do Adulto e do Idoso do Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde**. [S.l: s.n], 2010. Texto não publicado. Evento realizado em maio de 2010.

MENDONÇA, S. A saúde mental e os povos indígenas: reflexões e práticas no contexto do Programa de Saúde da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) no Parque Indígena do Xingu. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PAULON, S. M.; ESCÓSSIA, L. Editorial. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 1-4, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/download/40316/25625>. Acesso em: 10 mar. 2009.

RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia: algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 43-55, 2002.

RODRIGUES, D. **Relato de campo do Parque Indígena do Xingu, maio 2010**. [S.l: s.n], 2010. Texto não publicado.

SEEGER, A. **Os Índios e nós**: estudos sobre sociedades tribais brasileiras. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 279-292, jun. 2006.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1640-1648, jul. 2007.

Aproximações da Psicologia à Saúde dos Povos Indígenas

Lumena Celi Teixeira[1]

Pontos de partida

> São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.
>
> § 1º – São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.
>
> § 2º – As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes (BRASIL, Constituição Federal 1988, art. 231).

No ano de 2012, a profissão de psicólogo(a) comemorou 50 anos de regulamentação no Brasil. São cinco longas décadas de acúmulo sistemático de saberes e práticas, refletidos na ampliação dos espaços de atuação na sociedade. Por outro lado, considerando-se a natureza da Psicologia enquanto ciência humana e, ainda, a velocidade das transformações sociais ocorridas nessas últimas décadas, é de se supor que esta nunca alcance o patamar de uma ciência "acabada", pois à medida que ser humano e sociedade se transformam a ciência psicológica também o faz, acompanhando tais processos socioculturais.

Assim, é um equívoco pensar que a Psicologia se basta com seus pensadores clássicos. Todo e qualquer conhecimento está circunscrito ao contexto social e ao momento histórico em que é produzido, trazendo tais marcas em seus conteúdos e premissas. A maioria dos teóricos da Psicologia apresentados nas universidades é de origem europeia ou estadunidense, tendo realizado seus estudos em séculos passados. Isto acarreta algumas dificuldades, pois muitas vezes busca-se "enquadrar" a realidade brasileira naqueles padrões, na ausência de outros referenciais mais adequados. Na direção oposta tem sido, por exemplo, o esforço da União Latino-Americana das Entidades de Psicologia (Ulapsi), em fomentar o desenvolvimento de uma Psicologia produzida na América Latina, com base nos problemas e nas características das populações de nossa região.

Uma dessas características, que apesar de naturalizada não passa despercebida para qualquer cidadão, é o caráter pluriétnico da nossa população. Em todos os países latino-americanos encontramos diversos povos indígenas originários, que aqui estavam antes da chegada dos europeus. Diferenças culturais à parte, o que há de comum entre todos

esses países é a história de dominação dos povos originários, explorados inicialmente pelos europeus e, em seguida, pelos colonos que permaneceram na região. Dominação realizada quase sempre de forma brutal, por meio da escravização, genocídios de populações inteiras e usurpação de territórios; e também de maneira mais sutil, minando valores e práticas culturais, com a manipulação ideológica implicada na catequização religiosa e na educação de crianças e jovens indígenas nas escolas "de branco".

Toda história oficial é marcada pelo olhar de quem a narra, e no Brasil isso tem sido feito pelos setores dominantes da sociedade. Sendo assim, entre nós vigora uma ignorância generalizada sobre a história dos grupos sociais oprimidos, já que negados e/ou distorcidos na história oficial, produzindo erros graves de avaliação e de compreensão do tecido social brasileiro e alimentando preconceitos.

Exemplificando, nosso imaginário social alimenta a representação do "índio" de 1500, desconsiderando as mudanças pelas quais passa toda e qualquer cultura humana no decorrer do tempo, e mesmo a diversidade característica das culturas originárias. Para o senso comum, "índio" é aquele que vive na mata, nu, alimentando-se de caça e pesca, como descrito e retratado em pinturas do período colonial. Além de se negar todas as resultantes culturais de cinco séculos de contato com os não índios, prevalece aí uma noção de identidade como essência do indivíduo e não como expressão de um processo permanente de transformação psicossocial, tal como fundamenta a Psicologia Social de base crítica.

Outro importante elemento de contexto para o debate refere-se aos valores fundamentais da sociedade capitalista: ali tudo se concebe como mercadoria passível de resultar em acúmulo de capital. A natureza é dessacralizada, torna-se "matéria-prima" e as sociedades indígenas são consideradas "empecilho ao progresso". Difícil acreditar, mas é fato que, no Brasil, a mentalidade prevalente entre nossos governantes, até a década de 80, era a de que os indígenas deveriam ser eliminados, extintos ou assimilados à sociedade nacional até o ano 2000, deixando de serem índios para "não atrapalharem o desenvolvimento da nação". No entanto, essa fórmula não funcionou. Nem o "progresso" foi eficaz, já que o modelo de desenvolvimento adotado produziu consequências nefastas como a destruição de áreas naturais de forma predatória, o desequilíbrio ecológico, o consumismo irresponsável, a crise de valores pela valorização de bens materiais acima da pessoa humana, a desigualdade social acentuada, o descompromisso do Estado com o bem-estar social etc., nem os indígenas se submeteram à condição que lhes havia sido destinada.

A novidade da década de 80 foi a elaboração e a promulgação da atual Constituição Federal, considerada "Constituição Cidadã" em função da intensa participação social no processo constituinte, inclusive de organizações indígenas, as quais puderam garantir a

inclusão de artigos importantes para um reordenamento social na relação intercultural entre índios e não índios. A lei hoje garante o direito das comunidades indígenas sobre seus territórios originais, o respeito à cultura tradicional, o direito à educação bilíngue e também à participação política dos mesmos na definição das políticas públicas de seu interesse – o exercício da capacidade civil plena, superando modelo anterior da relação de tutela. Muito apropriado. No entanto, apesar de serem leis federais, na prática os direitos dessas populações não têm sido respeitados e o Estado não tem realizado seu papel como espera a sociedade. Em muitas circunstâncias, os agentes públicos colocam-se a serviço dos setores que continuam com aquela mesma mentalidade predatória e gananciosa, à custa de inúmeras vidas e muito sofrimento.

De um lado constata-se que a principal causa da violência exercida contra indígenas se relaciona à questão fundiária: exploração das terras e de seus recursos ambientais, minerais e hídricos. De outro, em uma expressão da nossa perversa organização social, observa-se omissão e violência estrutural do Estado: descaso na demarcação de terras; subserviência ao poder do capital e seus representantes; precariedade no atendimento à saúde e no funcionamento da educação escolar. Destaques: as crianças são afetadas pela desnutrição e o índice de mortalidade na infância para a população indígena continua a ser o mais alto do Brasil; das 846 Terras Indígenas (TI) reconhecidas oficialmente, 40% encontram-se sem providência para demarcação.

Alguns dados quantitativos

Os dados censitários mais atuais datam de 2010, segundo IBGE, e podem surpreender bastante. Considera-se hoje, no Brasil, a existência de 305 etnias, incluindo cerca de 70 povos em situação de isolamento, sem contato com a sociedade envolvente. Conta-se também com 274 línguas, sendo 11 delas com mais de 5 mil falantes, o que nos caracteriza como um País multiétnico e multicultural, ainda que a maioria da população não o reconheça como tal.

A população indígena brasileira atualmente beira 1 milhão de indivíduos, número considerado por alguns estudiosos como subestimado, por diversos fatores. Ainda assim, esse número aponta para um crescimento importante dessa população, que – dos cerca de 5 milhões estimados à época da chegada dos europeus ao território nacional – chegou a ser contabilizada em menos de 500 mil pessoas, em função da política de genocídio impetrada no País. Um dos efeitos percebidos a partir da nova lei, por exemplo, é a chamada etnogênese: algumas etnias consideradas extintas ressurgiram, já que a autodeclaração enquanto indígena passou a ser valorizada e estimulada. Seus representantes, então, passam a retomar hábitos culturais e a reivindicar direitos, modificando o panorama sociopolítico que envolve a questão.

Com relação às terras indígenas (TIs), a situação é diversa nas diferentes regiões do País. As regiões Norte e Centro-Oeste concentram 98% das TIs e 60% da população indígena; Nordeste, Sudeste e Sul possuem 2% das TIs e 40% da população indígena, ocasionando superpopulação em algumas áreas.

Comparando os totais de indígenas em áreas urbanas, nota-se que entre 2000 e 2010 houve uma queda de 58.464 pessoas – o que pode indicar que os indígenas estão voltando às suas terras – ou, como têm mostrado inúmeras pesquisas antropológicas, circulando entre as TIs e as cidades. 324.834 viveriam na zona urbana (36,2% do total de indígenas do País), gerando novos desafios com relação à adequação de políticas públicas a esse grupo social.

O encontro com a Psicologia

No final de 2004, algumas lideranças indígenas procuram o Conselho Federal de Psicologia solicitando ajuda. Partindo do entendimento de que "para doença de branco índio não tem solução sozinho", buscaram com os(as) psicólogos(as) estabelecer alianças que resultassem no enfrentamento dos prejuízos decorrentes da relação predatória estabelecida historicamente pela sociedade envolvente as comunidades indígenas. Um seminário nacional foi realizado e, desde então, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo vem aproximando psicólogos(as), lideranças indígenas e profissionais de áreas afins para construção coletiva de parâmetros e recomendações aos psicólogos visando a uma atuação cuidadosa, que se articule à dimensão ético-política que envolve a questão. Desse diálogo já se produziu uma publicação, cuja versão digital encontra-se disponível no *site* do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP–SP) <http://www.crpsp.org.br/povos/povos/livro.pdf>, além da introdução da temática em diversos cursos de Psicologia no estado.

Desde o início dessa aproximação, estas foram as principais demandas trazidas pelas lideranças indígenas à Psicologia: adoecimento psíquico expresso pelo uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas; violência intrafamiliar; violência sexual; prostituição; depressão; suicídio; desrespeito à subjetividade indígena (as comunidades acumulam saberes e práticas de enfrentamento aos seus problemas de saúde, pautados na tradição); enfraquecimento da identidade étnica, especialmente pelos jovens; sofrimento ético-político resultante de processo sócio-histórico de subjugação e de exclusão social; necessidade de apoio político à luta pela terra, elemento fundante das culturas e das comunidades; necessidade de fortalecer a educação escolar nas aldeias, assim como apoiar a inserção do aluno indígena na universidade.

As discussões que se seguiram nos diversos eventos realizados no estado, os quais contaram com a participação de mais de 500 pessoas, apontaram direções importantes. Pudemos inclusive, a partir dessa produção, colaborar na elaboração das teses 74 e 133 aprovadas pelo VII Congresso Nacional da Psicologia (CNP), realizado em Brasília, no ano de 2010.

Essas recomendações e diretrizes estão alinhadas com as escolas de Psicologia de base crítica e também com o conjunto de marcos legais, éticos e políticos que marcam atualmente a profissão de psicólogo: compromisso social com a emancipação do ser humano, valorização da democracia e todas as formas de participação, fomento às políticas públicas que contribuam nessa direção, além do respeito à legislação vigente e contribuição nos embates para sua efetivação. Considere-se aqui, além da Constituição Federal, leis federais como a do SUS e a da Reforma Psiquiátrica.

A seguir, os principais pontos destacados no processo, na forma de recomendações aos psicólogos, seja na relação direta com as comunidades, seja buscando contribuir para superação de preconceitos na sociedade envolvente.

De início, duas questões de fundo:

- Importância de uma **escuta cuidadosa**, baseada no respeito à diversidade cultural, reconhecendo nossa ignorância inicial sobre os diversos significados atribuídos pelos indígenas aos fenômenos psicológicos. Portanto, deve-se pensar sempre em construção conjunta de procedimentos e de decisões, de maneira que façam sentido e de fato contribuam com os processos de fortalecimento das comunidades, além de conferir crescente qualificação aos profissionais envolvidos.
- Reconhecimento da **dimensão espiritual** como um aspecto fundamental da realidade subjetiva de todas as etnias e consequente valorização dessa dimensão no estabelecimento das relações interculturais. Implica a leitura psicossocial dos problemas – ou sintomas, evitando posturas epistemológicas reducionistas que terminam alimentando a falsa premissa de que o saber ocidental tem mais valor que o tradicional. Entre as comunidades indígenas há muito conhecimento acumulado, aos quais via de regra não temos acesso, que – segundo lideranças – não têm sido suficiente para enfrentar “doenças” produzidas pelo contato com a sociedade nacional. Isso justifica e legitima nossa aproximação, desde que esta não reproduza, mais uma vez, o padrão de dominação cultural e consequente tomada de decisões unilaterais.

As demais recomendações foram organizadas em sete campos, os quais passamos a sistematizar brevemente:

Com relação à 1) Inserção dos psicólogos nas políticas públicas de atenção aos povos indígenas: promover saúde mental indígena a partir de um enfoque psicossocial, reconhecendo os determinantes sócio-históricos dos problemas enfrentados atualmente. É necessário muito cuidado nessa aproximação intercultural; inserir a temática indígena nos espaços de debate e de formulação de políticas públicas, como Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Saúde, da Assistência Social, da Educação; torná-los presentes na política local e incentivar a participação de lideranças indígenas nesses espaços; articular-se com as instâncias governamentais da Saúde Indígena, Educação e Assistência Social, para encaminhar e defender questões voltadas à melhoria das condições de vida dessas comunidades.

Considerando 2) A presença do psicólogo no campo da Educação: apoio às comunidades indígenas na garantia do seu direito à educação diferenciada, bilíngue, nas aldeias; realizar ações com lideranças e educadores indígenas, assessorando atividades de capacitação, produção de diagnósticos e estudos, contribuindo com a melhoria da qualidade da educação indígena; assessorar programas de acompanhamento dos alunos indígenas nas universidades, visando sua permanência e êxito.

Sobre a 3) Produção de conhecimentos: produzir conhecimentos em Psicologia, articulados aos princípios da cosmologia indígena, que contribuam para melhor compreensão e manejo das dimensões inter e transcultural da relação entre indígenas e não indígenas; realizar pesquisas de campo garantindo que os princípios éticos prevaleçam aos interesses acadêmicos; garantir a devolutiva dos conhecimentos produzidos às comunidades.

Com relação à 4) Ampliação e à qualificação da atuação profissional: realizar debates e eventos sobre a temática, com diálogos e trocas culturais entre psicólogos, indígenas e demais profissionais afins, priorizando métodos participativos; desenvolver ações concretas em parceria com outras instituições, no sentido de despertar nos profissionais da Psicologia o envolvimento ético-político com a temática indígena; estimular discussões sobre o tema nas universidades e demais espaços de formação do psicólogo.

Em 5) Diálogo com outros profissionais: dialogar permanentemente com outras categorias profissionais que atuam no campo, valorizando a inter e a transdisciplinaridade; contribuir na articulação dos profissionais de Saúde em torno da efetivação de uma Rede de Atenção local, enfatizando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar; atuar na capacitação das equipes de saúde, construindo sentidos compartilhados na identificação das melhores práticas/estratégias de atuação nas comunidades; contribuir nas discussões interdisciplinares, especialmente sobre a natureza dos processos psicossociais e a dimensão ética das relações interculturais.

No 6) Diálogo com movimentos sociais: apoiar politicamente iniciativas que fortaleçam o movimento indígena; apoiar e atuar em movimentos pela garantia dos direitos e pela superação de relações de dominação entre a sociedade nacional e os povos indígenas; fomentar o diálogo intercultural; promover a afirmação dos direitos indígenas, dando visibilidade à diversidade étnica desses povos e fomentando a participação de seus representantes na formulação e no controle social das políticas públicas de seu interesse.

Finalizando, promover 7) Comunicação ampla com a sociedade: utilizar os diversos canais de comunicação ao alcance de cada ator social para incentivar o debate sobre a realidade dos povos indígenas, prioritariamente sobre os direitos assegurados pela Constituição Federal a esta parcela da população brasileira; a importância do território (demarcação de terras) para a sobrevivência das comunidades e o fortalecimento das identidades indígenas; a relação direta entre o bem-estar biopsicossocial (qualidade de vida) dos povos indígenas e a sustentabilidade das comunidades; o caráter pluriétnico da sociedade nacional e a necessidade imperiosa de superar relações históricas de preconceito e dominação.

O desafio é grande, no entanto, mais que necessário. Trata-se de enfrentar uma dívida histórica dos brasileiros – e da Psicologia – em cujo percurso não partimos de mãos vazias. A disposição interna para priorizar os interesses e as necessidades das comunidades indígenas, a abertura para uma escuta verdadeira e a aposta na potência das decisões compartilhadas são pontos decisivos para todo ator social que deseje contribuir ou esteja responsável pela promoção da saúde indígena. No mais, como já dizia o poeta, o caminho se faz ao caminhar. Munidos de uma boa análise da realidade, referenciados nos parâmetros legais e nas leituras críticas dos fenômenos psicossociais, certamente nos tornamos capazes de contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos nossos indígenas. Assim, mãos à obra!

Convivência em Destaque: Experimentações das Diretrizes Clínica Ampliada e Cogestão em um Caps Infantil[1]

Bianca Mara Maruco Lins Leal[2]
Mirian Ribeiro Conceição[3]
Juliana Araújo Silva[4]
Patrícia Rodrigues Rocha[5]

[1] Texto inédito produzido para os *Cadernos HumanizaSUS*, número 5, por trabalhadores de um Caps II Infantil do Município de São Paulo, sem conflito de interesse.

[2] Mestre em Ciências pela EEUSP. Enfermeira responsável técnica do Caps II Infantil Brasilândia no Município de São Paulo. Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) pela PUC/SP). *E-mail*: <biancammll@gmail.com>.

[3] Mestre em Ciências pelo Ipusp. Terapeuta ocupacional do Caps II Infantil Brasilândia no Município de São Paulo. Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) pela PUC/SP. *E-mail:* <mirianrcon@gmail.com>.

[4] Mestranda em Psicologia Clínica pela Unesp. Terapeuta ocupacional do Caps II Infantil Brasilândia no Município de São Paulo. *E-mail*: juarto35@yahoo.com.br>.

[5] Especialista Violência Doméstica Contra Criança e Adolescentes pelo Lacri IP-USP. Terapeuta ocupacional. Coordenadora da equipe do Caps II Infantil Brasilândia no Município de São Paulo. *E-mail*: <pati_roc@yahoo.com.br>.

Resumo:

No cotidiano de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Infantil no município de São Paulo, surgem reflexões a respeito dos processos de trabalho e dos dispositivos terapêuticos que emergem a partir das peculiaridades deste junto à infância e à adolescência. Especificamente este trabalho visa refletir sobre as diretrizes de Clínica Ampliada e Cogestão, a partir do relato de experiência acerca do dispositivo denominado de *convivência* ou *ambiência*, resultando em uma Clínica Rizomática, onde o trabalho coletivo ganhou propulsão para a manutenção do serviço em uma lógica comunitária e territorial. Dessa forma, obtêm-se visível resultado da ampliação de vínculos de confiança entre usuários e equipe, obtendo a abertura das famílias para as potências de seus filhos, para o acesso aos espaços de cultura e lazer da cidade e a diminuição dos mitos sobre a impossibilidade de crianças e adolescentes com transtornos mentais acessarem estes espaços como é seu direito.

Palavras-chave:

Clínica ampliada. Cogestão. Infância. Caps. Convivência.

Introdução

Na implantação e no trabalho diário em um Caps Infantil no Município de São Paulo surgem reflexões a respeito dos processos de trabalho e dos dispositivos terapêuticos que emergem a partir das peculiaridades deste junto à infância e à adolescência. Entre tantos e diferentes questionamentos, aqueles que se desdobram em torno do tema da **convivência** ou da **ambiência** têm chamado a atenção, por criar muitas vezes angústias e dilemas na equipe.

Durante os primeiros três anos de existência do Caps, essa questão tem permeado a práxis cotidiana, obrigando a equipe a olhar-se constantemente e recriar uma clínica coerente com o contexto histórico para o qual o serviço de saúde mental foi criado. A equipe se esforça para atuar na lógica da organização das ações de saúde, visando às conquistas e aos objetivos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, tendo como alvo de trabalho a *produção de vida* dos usuários e não a intervenção a partir da presença/ausência de suas patologias e processos de exclusão por asilamento e segmentarizações higienistas da sociedade.

Neste contexto, o trabalho desta equipe é fomentando e legitimado pela Política Nacional de Humanização (PNH), política orientadora de nossas ações, sendo que neste artigo destacaremos as diretrizes – Clínica Ampliada e Cogestão – que se articulam à experiência aqui referida. A PNH contribui para a construção das linhas de pensamento dos trabalhadores que problematizam os modos de cuidado por ela preconizados, desde o encontro deles com as crianças e os adolescentes, ao papel da instituição Caps e nossa relação com os demais serviços que compõem a rede territorial.

Este trabalho pretende refletir sobre as diretrizes de Clínica Ampliada e Cogestão, por meio de um relato de experiência acerca do dispositivo da convivência em um Caps Infantil. Esta experimentação se caracteriza como uma forma de construção de uma Clínica Rizomática, na qual se fez transbordar os contornos anteriormente formatados para um espaço mais aberto, possibilitador da intensificação de trocas entre os trabalhadores, os usuários, os espaços da cidade, além de permitir maior acuidade nas problematizações da equipe. Clínica essa que requer uma delicadeza que perpassa não somente as ações e as escolhas no projeto terapêutico singular no cuidado da criança e do adolescente, mas que no cotidiano do trabalho se confronta com a mediatização de saberes, de relações de poder e de normas que tornam a fazer, em ato constante, contraditoriedade dos diferentes sistemas envolvidos na produção do cuidado. Segundo Luz, "[...] vê-se que a criação do espaço institucional para o louco, preocupação do Estado Brasileiro desde o século XIX, é basicamente a criação de um espaço político do desvio; desvio de comportamento, depois da atitude, do desejo, e até da fantasia" (2008, p. 89).

Neste contexto de multiplicidades, a construção do cuidado integral e a desconstrução de paradigmas da saúde, tão enraizados em modelos médico-centrado, hierarquizantes baseados em relações de poder, não coerentes com a atual política, encontramos embasamento e suporte em duas importantes diretrizes da PNH – Clínica Ampliada e Cogestão.

A Clínica Ampliada preconiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de *produção de saúde*, a fim de se garantir a autonomia e o protagonismo do usuário em seu próprio cuidado. Na constante busca das singularizações das ações, esta proposta possui os seguintes eixos: compreensão ampliada do processo de saúde-doença, construção compartilhadas dos diagnósticos e das terapêuticas, ampliação do "objeto de trabalho", a transformação dos "meios" ou instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009a).

A compreensão mais ampla dos processos de saúde-doença transfere a lógica do foco nos sintomas e sinais, bem como exames e procedimentos, para o sujeito como centro da clínica. Para tal, faz-se necessária escuta e acolhimento que permitam o entendimento dos sujeitos em seu contexto e complexidade, na busca incessante da singularização dos processos. Como dispositivo para esta construção, encontramos o Protejo Terapêutico Singular (PTS), que não apenas auxilia nestes entendimentos como também propõe um constante reavaliar de ações na perspectiva da autonomia do sujeito (CAMPOS, 2007). A construção do PTS seria então pautada na horizontalização de saber e na construção compartilhada entre profissionais e usuários, na produção de saúde e cuidado integral. A interdisciplinaridade e a não hierarquização de saberes são pontos fundamentais na efetivação da Clínica Ampliada. Desta forma:

> A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional (BRASIL, 2009a).

Essa reconstrução nos convida necessariamente à ampliação do nosso "objeto de trabalho". Na inclusão de multiplicidades de fatores, atores e demandas, para as ações de saúde e principalmente na desconstrução de modelos tradicionais de cuidado acarretam, consequentemente, não apenas intervenções focadas no sujeito, mas todo um agenciamento

de entornos para a produção do cuidado integral. Nosso objetivo, então, não será o paciente e seu sintoma, mas as inúmeras possibilidades de *produção de saúde e vida*.

O constante repensar da prática realizada em ato e singularmente será então criativo. Os instrumentos/modos/meios serão fruto da práxis cotidiana, na construção dialética da corresponsabilização entre usuários e trabalhadores de saúde. Estas reflexões, só encontram validação em formas de gestão que sejam democráticas, que propiciem autonomia na produção de *trabalhos imateriais*. Para Campos (2007):

> Considerando-se a complexidade desse movimento de ampliação e de reformulação da clínica, é importante reconhecer que realiza-lo dependerá de um ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm encerrando (CAMPOS, 2007).

Movimentos de abertura, reestruturação das organizações de trabalho e compreensão de novos conceitos de saúde propostos pela Clínica Ampliada são a premissa básica e o elo do qual a PNH foi criada. Assim, a Cogestão como diretriz *sine qua non* que desvela a efetivação de novas formas de produção de saúde, sendo que em Benevides e Passos (2005, p. 562):

> Como política, a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH como Política Pública... O projeto da PNH foi afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso (CAMPOS, 2000), o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. Estimulava-se o protagonismo dos atores do sistema de saúde fosse pela sua ação de controle social, fosse pelo fomento de mecanismos de cogestão.

A Cogestão como diretriz retoma a perspectiva do cuidado em saúde descentralizado e a criação de redes e saberes, onde o poder validador das ações encontra voz nas coletividades. Para tal, esta é entendida como uma metodologia de trabalho, ou seja, um modo de fazer o cotidiano do trabalho que propõe a construção coletiva em espaços coletivos, que permitam ações efetivamente compartilhadas, livres de hierarquizações, lançando instrumentos como colegiados, assembleias, reuniões de equipes, reuniões de rede, fórum e etc.

A possibilidade da gestão participativa promove então a aproximação não prévia entre as finalidades da organização e os interesses e desejos dos trabalhadores. Assim, “a gestão

toma por objeto de trabalho humano e lida com uma multiplicidade e diversidade e de interesses que nele se atravessam" (BRASIL, 2009b).

Esses atravessamentos se constituem nos processos subjetivos de todos os atores envolvidos na produção de saúde – trabalhadores, gestores e usuários – contextualizados, ou seja, também se encontra em composição com o que está "fora", agenciando-se com o campo social, incluindo nesse campo as instâncias individuais, coletivas e institucionais. Os agenciamentos são forças, vetores e interconexões que subjetivam o ser humano a partir da rede de relações que estabelece com outros humanos, animais, objetos, instituições, espaços e lugares (SOUSA; ROMAGNOLI, 2012).

No percurso de singularização da clínica, pautada nas políticas e suas diretrizes, bem como sua aplicabilidade, o trabalho criativo de uma produção imaterial é evocado, sendo concebido aqui como uma atitude ético-política exercida no/para o social.

No trabalho cotidiano, a clínica rizomática, então, é composta não mais pela tríade terapeuta-paciente-*setting* terapêutico. Será, em sua ampliação, composta pela heterogeneidade e na multiplicidade dos sujeitos, das relações, não pautadas em modelos e estruturas preestabelecidas, padrões e decalques que impedem a singularização dos sujeitos, carregando-os de significados e significâncias reproduzidas. Assim, o rizoma não começa nem conclui, ele encontra-se no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança. A árvore impõe o verbo "ser", mas o rizoma tem como tecido a conjunção "e... e... e..." (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Desta forma, a prática diária é composta pela singularidade dos saberes de cada trabalhador e a multiplicidade de experiências de cada um na produção criativa do cuidado, com os sujeitos e suas demandas, agenciando nos encontros possibilidades de desterritorialização e territorialização na busca de novas formas de relação.

Cenário

Os distritos, Freguesia do Ó e Brasilândia, estão localizados na Zona Norte do Município de São Paulo, com uma população estimada em 407.245 habitantes,[6] e respondem a Supervisão de Saúde FÓ/Brasilândia. A Secretaria Municipal de Saúde, em sua organização atual, possui cinco Coordenadorias Regionais de Saúde que, consequentemente, possuem suas referidas Supervisões de Saúde. O território FÓ/Brasilândia, como é conhecido, apresenta altos índices de vulnerabilidade juvenil, pelas características socioeconômicas que incluem índices importantes de criminalidade, com ênfase na violência decorrente do narcotráfico.

[6] Segundo os dados Demográficos dos Distritos 2010.

Em sua singularidade, esse território possui significativa história no percurso de novos dispositivos de saúde, vide o Projeto Qualis/PSF.[7] em que a Saúde Mental no município experimenta intervenções criativas de cuidado integral. A partir desta e outras experiências ocorridas em todo o território nacional, na década de 90, houve a consolidação de Políticas Públicas de Saúde resultando na ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como na implementação, nos últimos quatro anos, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) e dos Caps Infantil e Álcool e Drogas, em parceria entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a Associação Saúde da Família.

O Caps Infantil II Brasilândia, local da experiência relatada, foi inaugurado em setembro de 2009 e tem sua equipe composta por dois assistentes sociais, dois enfermeiros, cinco auxiliares de Enfermagem, três psicólogos, três terapeutas ocupacionais, dois médicos psiquiatras, dois apoios, dois oficineiros, dois administrativos e um coordenador.

Para a realização deste relato se utilizou como documentação materiais tais como: relatório[8] da coordenadora do Caps referente às atividades realizadas no serviço no mês de julho de 2012, trabalho submetido a apresentação oral no Congresso de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) em 2012 e Atas das reuniões gerais da equipe (semanais). Contribuiu também para a elaboração deste relato, reflexões feitas a partir da participação de algumas das autoras no "Grupo de Trabalho de Humanização" (GTH) da FÓ/Brasilândia, enquanto uma das ações do HumanizaSUS implementadas no território com a participação de consultores da PNH-MS.

Conviver para quê?

A práxis desta clínica rizomática em torno da convivência teve contribuições importantes quando alguns trabalhadores do serviço, mediante a participação no Congresso Brasileiro de Saúde Mental (Abrasme), sistematizaram pontos de reflexão e em reunião geral coletivizaram/compartilharam, para toda a equipe, algumas das linhas de pensamento para continuidade das discussões. Para o Congresso, o primeiro passo desses trabalhadores foi realizar um levantamento bibliográfico nos principais Bancos de Dados eletrônicos nacionais, não sendo encontrada literatura sobre o assunto. Para tal, foram utilizados os descritores relacionados à infância, ao Caps Infantil, à convivência e à ambiência, que datassem dos últimos cinco anos, o que causou estranhamento por compreender que um dos principais dispositivos que singularizam os Caps, em relação a serviços hospitalocêntricos e ambulatoriais é a convivência.

Tal dispositivo pode ser compreendido como um espaço aberto formado por usuários e trabalhadores, sendo composto por números variados de pessoas e com propostas que visem o estar junto. Acredita-se que o conviver possibilita olhar para as demandas dos usuários

[7] Trata-se da implantação da ESF (1996) na época nomeado como PSF, sendo que a equipe de dirigentes do projeto tinha acompanhado a experiência da luta pela Reforma Psiquiátrica em Bauru e Santos (1984-1996), tendo como coordenador do projeto David Capistrano.

[8] Relatório qualitativo enviado para Supervisão Técnica de Saúde e para Área técnica de Saúde Mental da Associação Saúde da Família como documentação da produção deste mês específico.

e estabelecer uma presença no encontro um pouco mais livre de formatos e distâncias preestabelecidas, preservando a função de cuidado com eles.

Os autores verificaram, durante a reflexão, a existência de três esferas, que funcionam de forma simultânea, sendo elas: Macro/Político, Micro/Prático e Micro/Institucional.[9] Em âmbito Macro/Político pontuam a fragilidade das Políticas Públicas de Saúde Mental, a discreta abordagem acerca da infância, refletindo o quanto estas práticas estão sendo encaminhadas por transposições do que se é pensado para a Saúde Mental de adultos. Um segundo âmbito Micro/Prático é referente à prática cotidiana no Caps Infantil e estão relacionados à problemática de organização dos encontros coletivos com uma população de faixas etárias diversas (0-18 anos), dificuldades em pensar as formas de inserção dos familiares no espaço e o entendimento deles sobre a eficiência terapêutica deste, bem como as nuances em lidar com a multiplicidade de entendimentos sobre a função da convivência pelos trabalhadores da equipe. Por sua vez, no âmbito Micro/Institucional os autores categorizam as problemáticas que em geral, colocam em questão as compreensões dos modos de tecer uma clínica da infância e da adolescência, ao fazer uma suspensão das maneiras já mais habituais de organizar do serviço, como por exemplo, realizar prioritariamente atendimentos individuais ou em grupos fechados, com critérios por hipóteses diagnósticas ou por idades.

[9] Ressalta-se que as esferas foram criadas pelos autores tendo ressonância com as ideias de macropolítica e micropolítica utilizadas por autores da esquizoanálise. Porém, os termos micro/prático e micro/institucional foram criados na singularidade desta reflexão.

Dessa forma, partindo destas complexidades em se pensar e fazer operar o dispositivo convivência, a equipe assumiu o desafio em realizar a experimentação de um "mês diferente", no qual a forma de organização do serviço fosse modificada priorizando a exploração do espaço da convivência, a fim de se afirmar o acolhimento da singularidade, a escuta das demandas e a disponibilidade da presença dos profissionais como ferramentas importantes para a construção de um espaço potente para intervenções clínicas.

O plano e o "mês diferente": a experimentação

O processo de organização da experimentação expressiva dessa Clínica rizomática, aconteceu em meados do mês de junho de 2012 em três reuniões gerais de equipe com duração de três horas cada. A estratégia utilizada para o planejamento foi a divisão dos trabalhadores da equipe em três subgrupos, com o objetivo de contemplar temas – sugeridos pelos usuários em assembleia e pela própria equipe – como: festas e festividades, artes, música e passeios; e de inclinar-se a práxis da convivência como espaço de encontro e de criação, no qual trabalhadores e usuários teriam relações com lugares ou papéis menos marcados.

A experimentação propriamente dita ocorreu durante todo o mês de julho de 2012, contemplando todo o horário de funcionamento do serviço (7h às 19h) e com a lógica de que todo e qualquer usuário ou familiar deveria ser convidado a passar um tempo no Caps

Infantil, escolher alguma atividade de seu interesse e que todos os membros da equipe estariam disponíveis para as convivências.

Algumas das atividades utilizadas foram: a festa julina, a fim de fortalecer nossa identidade cultural; a festa do esquisito, com o intuito de poder romper com estereótipos, com as normas e com as duras formatações estabelecidas e impostas na contemporaneidade; o campeonato com o propósito de estimular a participação das crianças e dos adolescentes em atividades esportivas e em jogos de mesa, resultando em dois "campeonatos" com participação externa ao Caps entre times de outros serviços de saúde mental infantil; as oficinas com diferentes objetos de criação, visando ao exercício da criatividade e de expressão das singularidades de cada usuário por meio das artes e das atividades plásticas suscitaram intervenções que marcaram a renovação do espaço físico como, por exemplo, livros em móbiles na recepção/sala de espera, para que as pessoas pudessem sentar nas poltronas e tomar-se com a leitura, mural com papel em branco para desenhos livres. Como formas de subversão – ou de releituras – das pichações dos banheiros que encontramos nas escolas e outros espaços públicos, as portas dos banheiros do Caps foram decoradas com frases e imagens que inspiravam algum teor poético e/ou cômico. O "palco livre" foi pensado enquanto um espaço de apresentação de talentos ou compartilhamento de poesia, música, entre outros. Por fim, e não menos importante, foram realizados passeios adotando critérios de fácil acesso com transporte público e financeiro, seguindo em grupos compostos por familiares, crianças, adolescentes e trabalhadores.

Diálogos

A experimentação deste mês focado na construção de novas organizações dos espaços coletivos de encontro no Caps faz parte da necessidade de reflexão sobre os dispositivos clínicos que lançamos mão enquanto serviço de *produção de saúde*. A Clínica Ampliada, como pensada na PNH, afirma a dimensão criadora e imprescindível da clínica sem a qual corremos o risco de cristalizar formatos de cuidados que, diante das constantes mutações da subjetividade e do sofrimento, perdem sua potência.

Experimentar foi neste mês construir uma nova forma que contaminasse todos os atores que compõem a paisagem do serviço: trabalhadores, crianças e adolescentes e seus familiares. Variar a forma de uma instituição é sacudir o que se sedimenta quando menos percebemos que se institucionaliza e endurece o cotidiano de um serviço que tem a necessidade vital de seguir os fluxos das vidas que ali circulam.

Criamos, em um ato coletivo e cogerido, uma ruptura de um funcionamento ao acreditar na potência da experimentação e ao seguir um paradigma estético. Não buscávamos instaurar novos e permanentes formatos, mas abrir espaço para que novas possibilidades de cuidado pudessem emergir. Deleuze e Guattari dizem que "É em cada caso que se

dirá se a linha é consistente, isto é, se os heterogêneos funcionam efetivamente numa multiplicidade de simbiose, se as multiplicidades transformam-se efetivamente em devires de passagem" (2011b, p. 36). "Experimente", escreve o autor, e assim fizemos.

Poderíamos pensar nesta ruptura como um acontecimento no processo de tessitura desta clínica da infância. Acontecimento como momento de atualização que provêm de uma multiplicidade de virtuais que compõem o mundo e se expressam nos agenciamentos coletivos de enunciação. Para Lazzarato (2006), é por meio de um acontecimento que surgem novas possibilidades de subjetivação, existência e criação. Entre os acontecimentos, movem-se diferentes linhas que constroem a dimensão do trabalho político. As linhas que se movem são as linhas de segmentaridade que constituem a vida – "somos feitos de linhas", escrevem Deleuze e Guattari (2008a, p. 7) –, que se relacionam e funcionam de maneiras diferentes.

Nesse acontecimento foi possível seguir os questionamentos que já estavam sendo levantados na equipe e promover uma pausa à espreita do novo. Pois, como escreve Lazzarato:

> As formas de organização política (de co-funcionamento dos corpos) e as formas de enunciação (teorias e enunciados sobre o capitalismo, sobre os sujeitos revolucionários, formas de exploração) precisam ser medidas, reavaliadas à luz do acontecimento (LAZZARATO, 2006, p. 23).

O compromisso ético da clínica, que se indaga e se coloca a experimentar, que exige sua constante mutação para afirmar a vida em sua singularidade é indissociável da dimensão política de seu exercício. A experimentação como forma de construção e de avaliação da prática tem potencial para fugir da formulação de verdades sobre o que se faz e mantêm o respeito à multiplicidade que a compõem. É uma constante reflexão que esta equipe se esforça em preservar, por entender que promover uma clínica consonante com suas Diretrizes Política – Clínica Ampliada e Cogestão – e que respeite as diferenças é combater as forças que buscam sua homogeneização.

Talvez, esta seja a maior função política da clínica, fugir quando/quanto possível de aprisionamentos como as formulações de verdades que buscam ditar o que se deve compreender como terapêutico e produtor de saúde. Conectar-se aos elementos mais heterogêneos possíveis, como realizado durante o tempo de funcionamento do Caps, articulando-se ao campo artístico, ao esportivo, às outras ações do campo da Saúde e aos ambientes cotidianos, tem sido a forma de operar esta clínica, promovendo a corresponsabilização dos usuários e sua participação social.

Abrir uma ruptura para olhar especificamente para a convivência é assentar-se com mais intensidade em um ponto fundamental da Reforma Psiquiátrica brasileira e das práticas

em saúde mental em suas questões mais gerais. A atenção em saúde que buscamos ao seguir os princípios da Reforma, da PNH e do paradigma ético-estético-político proposto por Félix Guattari afirma justamente este compromisso em se trabalhar a dimensão coletiva da vida em sua complexidade. Nas coletividades, em processos de gestão participativa, o sujeito tornar-se-á produtor de seu cuidado.

Cada momento promovido neste mês apontou elementos interessantes para a continuidade da clínica, elementos que tornaram mais consistentes os caminhos de trabalho para a equipe ao apontar ganhos para a prática cotidiana advindos dessa nova forma, e/ou apontar fragilidades que afirmam a necessidade de continuidade de práticas que já vinham sendo realizadas, bem como a criação de outras. Buscar novos métodos para se avaliar a efetividade das ações em saúde vem do compromisso de deslocar o olhar da patologia para a complexidade do viver.

> O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

A essência deste mês não foram as festas, os passeios e os campeonatos em si. Todos colaboraram para construir pretendidamente um certo laboratório do viver junto. Os profissionais do Caps buscaram estar presentes, o máximo possível, pois foi necessário também que se mantivessem alguns atendimentos individuais e reuniões com outros serviços da rede, espaços de encontros coletivos, formatações outras, que também fomentam o cuidado integral, modos importantes de compor para a ampliação da clínica e garantir alguns compromissos políticos da construção coletiva da Rede de Saúde para além dos muros do Caps.

As questões que haviam sido trabalhadas nos âmbitos micro/prático e micro/institucional, expostas anteriormente, puderam ser exploradas neste acontecimento. Pensamos no mês de julho como um acontecimento, entre outros fomentados por esta equipe, por sua capacidade de romper um movimento e instaurar novas linhas de pensamento e ação. O interessante de um acontecimento é a abertura que promove para a criação e a expressão dos corpos coletivos envolvidos nele, na investida em problematizar e buscar

possibilidades para os problemas em comum, ao promover uma desterritorialização que exige novas construções coletivas.

O conviver não é só uma questão a ser pensada e resolvida pelos profissionais do serviço, mas por todos que o compõem. E, neste momento, problematizamos de forma mais coletiva nossas potencias e nossas dificuldades acerca do estar-junto. Para Maurizio Lazzarato "a ação política é uma dupla criação que acolhe simultaneamente a nova distribuição de possibilidades e trabalha por sua efetuação nas instituições, nos agenciamento coletivos 'correspondentes à nova subjetividade' que se expressa através e no acontecimento" (LAZZARATO, 2006, p. 20).

Não se instaura um acontecimento sozinho, é preciso um movimento coletivo para que ele seja efetuado. Quando a equipe do Caps Infantil percebe a efetuação deste mês percebe também um efeito da gestão participativa, pois se reconhece na construção deste momento, aproximando e validando os desejos dos trabalhadores com as ações em saúde por eles desenvolvidas. Algo desta ordem, de sustentar que um serviço de tamanha complexidade como o Caps, com suas demandas de urgência, consiga manter-se com encontros abertos, circulando constantemente pela cidade, sem interromper outros compromissos, somente é possível com o envolvimento de um coletivo/afetivo ao gerir o espaço.

Em nossa avaliação dessa experimentação percebemos o quão heterogêneo é operar em um serviço como o Caps.

Um dos pontos positivos levantados pelos trabalhadores foi o fato de terem podido estar mais juntos nos espaços do serviço, a possibilidade de produzir encontros e afetos potencializou as ações de cuidado. No cotidiano, preenchido por atendimentos grupais, individuais, reuniões, visitas domiciliares e outros dispositivos, é comum que os trabalhadores tenham pouco tempo de trocar informações e de compartilhar leituras dos processos dos usuários, mesmo havendo os espaços oficiais garantidos pela instituição como as reuniões diárias e a geral. Desse modo, ao que nos referimos aqui como ações que movimentam e geram um trabalho vivo, as potencias criativas habitam no encontro com o outro sua maior potência. O fomento da clínica ampliada dá-se na possibilidade de compor com as multiplicidades de saberes e experiências compartilhadas no encontro.

Ainda nesta experimentação foi possível investir em modos de estar junto com diferentes faixas etárias nestes espaços abertos ao constatar uma organização que surgia a partir de todos, de cuidado recíproco entre as crianças menores e as maiores. A efetivação na prática de um reinventar o espaço de convivência, na administração coletiva da heterogeneidade e da diversidade, aproxima-nos de outras formas de trabalho, demandas estas já pontuadas nas reflexões quanto ao âmbito micro/prático.

Constatamos também que a inovação de modelos de cuidado, não pautados em dispositivos mais conhecidos e tradicionais, provoca um estranhamento por parte de muitos usuários quanto a modos diferentes de organização do serviço e alguns expressaram desconforto com a experimentação de outras formas de cuidado. A dificuldade na construção da Clínica Ampliada apresenta-se aqui em sua forma menos velada, as ausências dos usuários é constatação empírica do entendimento do cuidado formalizado em espaço e modos de intervenções mais tradicionais.

Por fim, o estar junto extrapola a presença no concreto de todos, nos apresenta uma situação em que o fazer, o decidir, o cuidar em parceria, permitiu nesta experimentação não apenas a produção e o fortalecimento de vínculo, mas a abertura para espaços de acolhimentos mais humanizados, a possibilidade de construção do cuidado não fragmentado pensados em uma integralidade e territorialidade. O estar junto foi estar para e nos lugares de produção de vida.

Considerações finais

Esta experimentação resultou na desterritorialização de usuários e trabalhadores e segue produzindo movimentos. Foi possível perceber que, para a grande maioria dos pais e/ou responsáveis pelas crianças, assim como para alguns trabalhadores, a possibilidade de um espaço aberto como o da convivência enquanto dispositivo principal só corroborou como um mês típico de férias, possibilitando que o diferente acontecesse.

O trabalho coletivo e o empenho na experimentação ganharam propulsão para a manutenção do serviço em uma lógica comunitária e territorial. Desta forma, obtêm-se visível resultado da ampliação de vínculos de confiança entre usuários e equipe, permitindo a abertura das famílias para as potências de seus filhos, para o acesso aos espaços de cultura e lazer da cidade e para a diminuição dos mitos sobre a impossibilidade de crianças e adolescentes com transtornos mentais acessarem estes espaços como é seu direito. O estar junto entre os familiares ainda encontra na experimentação a parceria e o compartilhar de saberes produzidos no cotidiano do cuidado da criança, na empatia dos afetos gerados pelo estigma e no fortalecimento de sujeitos desejantes e apropriados de seus direitos.

Gerar discussão em espaços coletivos, posteriormente à experimentação, sobre novas formas de cuidados, estimular a participação social e a cogestão de crianças e familiares/responsáveis, vêm sendo um desafio na apropriação e na ampliação do cuidado da criança e do adolescente, a fim de se seguir com a desconstrução de modelos tradicionais e propiciar a construção cotidiana do cuidado mais condizentes com as políticas norteadoras de nossas ações. Mantemo-nos desejosos que o Caps Infantil seja lugar de vida, que seja lugar de acolhimento do sofrimento e de transformação deste e que, para isso, o instrumento seja as intervenções em ato, na lógica pelo qual foi criado, priorizando em cada processo

a validação e o empoderamento do sujeito enquanto protagonista de sua vida. Esta construção singular será produzida no constante experimentar de novas formas.

> ... Para que o geral possa ser apreendido e para que se descubram novas unidades, parece necessário apreendê-lo não diretamente, de uma só vez, mas através de exemplos, diferenças, variações, particularidades – aos pouquinhos, caso a caso. Num mundo estilhaçado, devemos examinar os estilhaços (GEERTZ, 2001).

Referências

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009a.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2009b.

CAMPOS, G. W; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011a. v. 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Tradução: Sueli Rolnik. 2. ed.São Paulo: Editora 34, 2011b. v. 4.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LUZ, M. T. História de uma marginalização: a política social de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 85-95.

NADER, A. R. et al. **Conviver com crianças**: reflexões e reconstruções sobre a (convivência) em um CAPS Infantil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 3., 2012, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABRASME, 2012.

SOUSA, L. S.; ROMAGNOLI, R. C. **Considerações acerca da articulação clínica, rizoma e transdisciplinaridade**. Mnemosine, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 72-89, 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

O Apoio Institucional na Implementação da Política de Saúde Mental: Experiência da Bahia

Aline de Oliveira Costa[1]

Rosimeira Delgado[2]

Luana da Silveira[3]

[1] Psicóloga, especialista em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, mestranda em Saúde Coletiva Fiocruz. Consultora HumanizaSUS. E-mail: <coaline18@gmail.com>.

[2] Educadora física-UCSal , especialista em Saúde Mental Coletiva – FRB, consultora HumanizaSus. E-mail: <rosecdelgado@gmail.com>.

[3] Psicóloga, especialista e mestre em Saúde Coletiva- ISC/UFBA e doutoranda em Psicologia Social-UERJ, consultora HumanizaSus. E-mail: <luanadasilveira76@gmail.com>.

Resumo

Este artigo coloca em análise a experiência do Núcleo de Apoio Institucional (NAI) enquanto estratégia de educação permanente e cogestão da Política de Saúde Mental do Estado da Bahia entre 2007 a 2008, por meio de duas experiências analisadoras realizadas com macro-oeste e com a região metropolitana de Salvador. Teve como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional, o Método Paideia e a Política Nacional de Humanização para a construção de um processo singular de cogestão da qualificação dos municípios. A principal intervenção do NAI foi a realização e a sistematização de um "diagnóstico situacional" acerca das principais demandas locorregionais. Foram realizadas 47 visitas técnico-institucionais aos municípios, 25 rodas envolvendo 166 dos 417 municípios, com diversos atores. Tais intervenções geraram mudanças significativas nos modos de entender, de atender e de gerir em saúde mental, fazendo articulações pioneiras, colocando a saúde mental de modo prioritário e transversal na maioria dos municípios participantes do processo.

Palavras-chave:

Apoio institucional. Cogestão. Saúde mental. Políticas públicas.

Introdução

> Porque eu só preciso de pés livres, de mãos dadas, e de olhos bem abertos. [...] – O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou.

Este artigo coloca em análise a experiência do Núcleo de Apoio Institucional (NAI) enquanto estratégia de educação permanente e de cogestão da Política de Saúde Mental do Estado da Bahia no período de 2007 a 2008.

Inicialmente, o NAI foi composto por trabalhadores de categorias diversas dos três Centros de Atenção Psicossocial (Caps) sob gestão estadual e que eram considerados serviços docente-assistenciais, voltados para o cuidado de crianças e de adolescentes com sofrimento psíquico grave (Caps i), para adultos com sofrimento psíquico grave (Caps II) e para pessoas que fazem uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas (Caps ad), e também faziam parte do processo de formação dos serviços substitutivos implantados no Estado. Além destes, sua constituição também deu-se por pessoas que fizeram parte da estratégia de supervisão clínica-institucional, adotada pela gestão anterior e por pessoas que participaram de processo seletivo. O modo de contratação dos apoiadores deu-se por meio do convênio com a Fundação da Associação Bahia de Medicina (Fabamed).

O NAI teve como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional (ALTOÉ, 2004; BAREMBLIT, 1996) e o Método Paideia (CAMPOS, 2003; 2005), bem como os princípios, as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH, 2008) para a construção de um processo singular de cogestão da qualificação dos municípios, distribuídos em nove macrorregiões de saúde, de acordo com Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado. Pode, assim, produzir intervenções com diversos atores, como usuários, gestores locais, trabalhadores e as demais redes públicas.

A Análise Institucional exige um campo de análise que explicita uma organização de conhecimentos históricos, políticos e conjunturais acerca do campo de intervenção no qual se busca desenvolver um processo investigativo. Na qualidade de pesquisa-intervenção, tem início com a participação ativa na análise da micropolítica realizada, incitada pelos dispositivos mobilizadores, desencadeados primeiramente pela própria demanda do pesquisador, o que denota o caráter implicacional dele (SILVEIRA, 2008).

Desse modo, considerando a centralização da gestão da Política em Saúde Mental, durante décadas na capital, e a pouca articulação regional e municipal, a primeira intervenção do NAI foi a realização e a sistematização de um "diagnóstico situacional" acerca das

principais demandas locorregionais, por meio de rodas nas macrorregionais, que culminou no documento "Análise da Situação de Saúde Mental do Estado da Bahia", em 2008, que subsidiou a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) nas suas intervenções. Tal processo ocorreu de outubro de 2007 a julho de 2008, tendo sido realizadas 47 visitas técnico-institucionais aos municípios, 25 rodas envolvendo 166 dos 417 municípios (DELGADO; FORNAZIER, 2011). Neste artigo serão compartilhadas duas experiências analisadoras de apoio com a macro-oeste e na região metropolitana de Salvador da 1ª Diretoria Regional de Saúde (Dires).

Conforme Campos (2000; 2004), o apoio possibilita a articulação dos aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que fazem parte da constituição dos processos de trabalho, contribuindo tanto para a produção de bens ou serviços, como para a produção de sujeitos e coletivos. Neste sentido, o apoio subverte o modelo tradicional de gestão ao investir na cogestão entre sujeitos, reconhecendo a diferença de papéis, e busca estabelecer relações construtivas entre poder e conhecimento, por intermédio da interação de distintos atores, atuando sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e usuários das organizações.

Função apoio: novos modos de fazer na implementação da saúde mental na Bahia

A concepção de apoio institucional foi desenvolvida por Gastão Campos (2000; 2004) como crítica e contraposição à função de supervisão de origem da administração científica (taylorista). Para a PNH (BRASIL, 2008), o apoio institucional diferencia-se das funções clássicas nas organizações, como "supervisão" e "assessoria", visto que estas emergem de concepções de gestão do trabalho que partem do pressuposto de que os coletivos necessitam de alguém que saiba ou indique o que deve ser feito ou, na mesma direção, que faça pelas pessoas.

Apoio engendra uma diferença substantiva, pois considera que toda atividade humana decorre sempre de mediações entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho realizado (HENNINGTON, 2008; SCHWARTZ, 2005), ou seja, sempre sofre a interferência dos sujeitos, entre outros. Assim, os agentes das práticas sempre modificam o que é prescrito e, logo, atuar *com eles* e *não sobre eles* é a aposta do apoio, pois esta ação pode produzir interferências em ato, produzindo ações mais identificadas com os pressupostos éticos, técnicos, administrativos e políticos das organizações de saúde. E isso requer, entre outros, que se tomem como inseparáveis os modos de gestão e de atenção. Logo, pode-se afirmar que o apoio não se restringe ao campo das técnicas (de saúde, médicas etc.), mas, toma como objeto o campo da gestão, entendida como espaço de ação que define modos de organização do trabalho.

De acordo com a PNH (BRASIL, 2008), apoiar é "fazer junto" e não por. E pressupõe atuar em duas direções. Uma delas é: 1) "ajudar na construção de grupalidades solidárias", ou seja, ajudar a constituir equipes de saúde como grupalidades que comungam espaços de trabalho, e isso significa construir disposição para se pôr em circulação e em análise afetos, saberes e poderes. Falar, conversar, pôr em análise a experiência singular de ser trabalhador de saúde naquele grupo, naquela instituição. Restituir a fala aos sujeitos, sem o qual a formação de compromisso e a contratação de tarefa não terão a potência necessária para a produção das mudanças nos modos de cuidar e de gerir.

De outra parte: 2) o apoio "ajuda os coletivos a reposicionarem processos de trabalho", o que efetivamente aparece como condição da "produção de novos modos de cuidar e de gerir". Dessa forma, o apoio é a atividade que pressupõe a formação de vínculos com as equipes, sem o qual a sua posição com profissional de referência não se efetiva.

Em suma, a função apoiador:

> define-se por 1) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; 3) Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações; 4) Depender da instalação de alguma forma de cogestão (OLIVEIRA, 2011, p. 31).

Assim sendo, apoiar é uma função coletiva, que se constitui num fazer com, conferindo materialidade à cogestão e contribuindo para "gestão e organização de processos de trabalho na construção de espaços coletivos, onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção" (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 606). Em outras palavras,

> Apoiar é estar junto com os diferentes sujeitos que constituem os sistemas de saúde – gestores, usuários e trabalhadores – discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços estão organizados, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços com os protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, combatendo qualquer relação de tutela e deslegitimação do outro (IDEM, 2009, p. 606).

Para a implementação da Saúde Mental na Bahia, a estratégia do apoio institucional trouxe como perspectivas de trabalho a capacidade de construção de um campo de

experimentação cuja dinâmica foi essencialmente interativa: acompanhamento dos processos de implantação de serviços, discussão com os gestores, trabalhadores e equipes nos municípios e nas regiões, articulações intra e intersetoriais, participação e apoio aos movimentos sociais, além da organização de eventos científicos para discussão da saúde mental.

Essa interação, por sua vez, diferentemente de outras tecnologias, requisita trabalho intensivo (OLIVEIRA, 2011). Esse tipo de trabalho é aquele que necessita de contato frequente, trocas cotidianas, interação afetiva, o que permite fazer constituir do apoio uma referência para as Diretorias Regionais de Saúde (Dires), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), demais serviços de saúde mental e seus trabalhadores. Assim, apoiar é estar presente para fazer análises coletivas (para se conhecer as forças que produzem os campos problemáticos) e produzir linhas/planos de ação, as quais se imaginam potentes para mudar realidades institucionais e a qualidade das ações de cuidado.

Cartografando o apoio realizado no Estado da Bahia: principais movimentos e efeitos em dois territórios

Com a proposta de *intervir para conhecer*, a estratégia de ação do NAI foi priorizada nos territórios, tendo sido realizadas, em média, três oficinas de saúde mental, em cada uma das nove macrorregiões de saúde, no período de 2007 e 2008, articuladas com as Dires que tem a função de assessorar e acompanhar os municípios na implantação/implementação de ações e serviços de saúde.

A primeira oficina objetivou apresentar a proposta da gestão estadual em saúde mental, baseada na estratégia do Apoio Institucional; conhecer as principais dificuldades apresentadas pelos municípios na realização das ações de saúde mental, além de formar Grupos de Referência por macrorregião, constituídos por técnicos dos serviços e das Dires, usuários e gestores locais, para dar continuidade às discussões locais.

A segunda oficina centrou-se na necessidade de discutir a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, e na possibilidade de construção de um documento de referência/protocolo de matriciamento das ações em saúde mental para este nível de atenção, por intermédio dos Caps. Já a terceira propôs-se a discutir a necessidade de elaboração de um plano de trabalho municipal e regional que contemplasse as diretrizes da Política de Saúde Mental.

Vale ressaltar que as oficinas e os encontros regionais, enquanto estratégias de educação permanente, propuseram-se a discutir e a consolidar a rede integral de saúde e os processos de trabalho no âmbito da saúde mental. Neste sentido, foram realizadas várias

discussões temáticas, a partir de textos selecionados e artigos publicados, articuladas com as experiências locais.

Macrorregião Oeste: aproximando atores e articulando ações

Com a maior extensão territorial do Estado da Bahia, a macrorregião Oeste tem uma população aproximada de 850 mil habitantes (IBGE, 2007) e está dividida em três microrregiões, com três Diretorias Regionais de Saúde.

O apoio institucional nesta região se constituiu enquanto estratégia importante de aproximação e de articulação dos 38 municípios que se situam neste território. Resultou em novos movimentos e agenciamentos de atores que atuavam de modo fragmentado, individualizado e solitário, considerando a inexistência de espaços coletivos para discussão e construção de ações que resultassem em melhoria dos processos de atenção e de gestão da saúde, e mais especificamente da saúde mental.

Segundo Campos (2000), Coletivo Organizado designa os agrupamentos que têm como objetivo e tarefa a produção de algum bem ou serviço, neste caso a saúde, com tarefas mais ou menos explícitas.

Deste modo, as oficinas possibilitaram encontros e espaços potentes de compartilhamento de experiências, de saberes, de angústias, de apoio solidário, de planejamento e de pactuação de ações estratégicas a partir do nível municipal até o macrorregional para lidarem com o vazio assistencial e as dificuldades relacionadas à sustentabilidade e a qualificação das ações e dos serviços existentes.

Na macrorregião Oeste, aproximadamente 60% dos municípios possuem população inferior a 20 mil habitantes. A rede de serviços de saúde mental era composta, neste período, por sete Caps, sendo que apenas o de Barreiras, único município com população superior a 120 mil habitantes, era do tipo II. Os demais eram do tipo I e não existia na região Caps infantil e Caps ad (álcool e outras drogas). Em Barreiras também funcionava um ambulatório especializado, o único da macrorregião, que divide o espaço físico com o Caps. Conforme dados do Cadastro Nacional de Entidades Sindicais (CNES), competência março/2008, e informações fornecidas nas Oficinas de Saúde Mental, havia uma predominância na região de atendimento psiquiátrico ambulatorial (16 municípios), vinculado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O atendimento geralmente era mensal e, na grande maioria dos municípios, feito por um mesmo psiquiatra, considerando que em toda a macrorregião foi identificado apenas quatro psiquiatras. As internações psiquiátricas eram feitas prioritariamente em hospitais de Goiânia, Brasília e, mais eventualmente, em Salvador ou Feira de Santana (BA).

Foram realizadas três oficinas, bimensais, nos municípios sede de cada microrregião. A rotatividade do município sede tinha como objetivo agregar o maior número de municípios da microrregião, considerando a dificuldade de deslocamento e o custo de hospedagem dos participantes. A organização e a mobilização para estes encontros se deram por meio das Dires. Dos 38 municípios, apenas 8 não participaram das oficinas realizadas.

Durante a realização das oficinas, os apoiadores faziam visitas técnicas aos serviços de saúde mental existentes no município para conhecimento da ambiência e dos processos de trabalho na atenção à saúde mental, a partir de rodas de conversas com os trabalhadores. Nestas visitas era possível o compartilhamento de dificuldades e a construção de algumas ações para melhorar o serviço ofertado. Estes momentos eram marcados pela constatação da falta de apoio e presença da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) nos municípios.

Participaram das 3 oficinas 147 pessoas entre gestores e trabalhadores das Dires, das Secretarias Municipais de Saúde, coordenadores e técnicos do Caps, dos serviços da Atenção Básica, da Vigilância Sanitária, de Hospital Geral, técnicos dos Centros de Referência em Assistência Social (Cras) e usuários dos Caps.

A primeira oficina foi realizada em Barreiras, com a participação de 17 municípios. Foi apresentada a Política Estadual de Saúde Mental e organizado de um levantamento diagnóstico sobre o funcionamento dos serviços de saúde mental em cada município. Ainda como proposta, ficou a identificação do itinerário feito pelos usuários nos momentos de crise.

Nesta oficina foram identificados alguns desafios para a saúde mental na região, tais como: existência de ambulatório de saúde mental no mesmo espaço do Caps, produzindo concorrência entre os modos de cuidar dos usuários, considerando que a mesma equipe de profissionais se dividia para os dois serviços. Outro ponto abordado foi a falta de capacitação para técnicos e coordenadores de Caps, como para técnicos da Atenção Básica e agentes comunitários de saúde (ACS), que também trabalham com saúde mental. Ainda na perspectiva de necessidade de ações de educação permanente, foi relatado o despreparo dos trabalhadores para atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, uma vez que estes verificavam alta prevalência de alcoolismo em todos os municípios da região.

Outro desafio consistia na insuficiência e na grande rotatividade de profissionais dos Caps, dificultando ou impossibilitando a realização de reuniões de equipe e prejudicando o trabalho na comunidade. Ressaltou-se também a dificuldade ou limitação à realização de matriciamento a outras unidades de saúde, apresentando um cuidado fragmentado e pouco resolutivo, mesmo nos municípios menores, em que o contato dos trabalhadores era mais frequente.

Ainda na primeira oficina foi realizado o mapa com o circuito feito pelos usuários quando em crise, observando que o cuidado era feito, na grande maioria dos municípios, exclusivamente por intermédio do encaminhamento para internação em hospitais psiquiátricos. Todavia, foi possível avaliar que o atendimento psiquiátrico ambulatorial reduziu estes encaminhamentos e o número de internações.

Pode-se verificar, também, por meio do trabalho em grupo, a superlotação dos Caps existentes e do ambulatório especializado, com atendimento feito, em alguns deles, a usuários de outros municípios. Chamou-nos também a atenção que, nesses casos, o atendimento oferecido aos usuários era exclusivamente feito pelo médico psiquiatra.

A partir desta oficina, movimentos foram disparados nos respectivos municípios, com a inclusão de novos sujeitos para articulação do cuidado em rede, ampliando as ofertas de atividades por meio de parcerias interinstitucionais e intersetoriais, inclusive para o fortalecimento dos processos formativos das equipes e de alunos do campo da Saúde.

Na segunda oficina já houve uma ampliação do número de participantes e de municípios. Foi realizada em Santa Maria da Vitória, com 19 municípios presentes. Foram retomadas as discussões e os encaminhamentos do primeiro encontro. Apresentou-se um mapeamento dos equipamentos sociais e demais serviços de saúde, possibilitando uma sistematização dos equipamentos de atenção à saúde mental. Com a necessidade de formação, foram discutidas as portarias do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e da Assistência Farmacêutica.

Já a terceira oficina ocorreu em Ibotirama, envolvendo 15 municípios. Este encontro assumiu mais o caráter de educação permanente, com discussão de textos e de rodas de conversas dos temas recorrentes, e solicitados pelos trabalhadores e gestores dos serviços de saúde mental e atenção básica.

Enquanto estratégia de fortalecimento e protagonismo locorregional foram constituídos Grupos de Referência Microrregional, que se encontravam mensalmente para acompanhamento das ações pactuadas, avaliação dos desafios que se apresentavam na implementação destas e construção de saídas possíveis. Foi também instituído um profissional de referência para a saúde mental nas Dires para apoiar os municípios e compor os grupos de referência.

O processo do apoio institucional na Macrorregião Oeste produziu avanços significativos na organização da rede de saúde mental e na ampliação do escopo de ações, sendo os principais: inserção do tema saúde mental nas pautas da gestão municipal; possibilidade de encontros entre gestores e trabalhadores para avaliar o cuidado à saúde mental e construir estratégias para lidar com os desafios; participação efetiva da Dires e constituição

do Grupo de Referência Microrregional; organização coletiva para implantação de serviços em lugares de difícil acesso; regionalização do atendimento; maior articulação com a Atenção Básica, com sistematização de matriciamento; parceria com as Casas de Cultura para participação dos usuários nas atividades e cursos.

Ainda enquanto efeito deste trabalho na região pode-se afirmar um importante investimento nos espaços de cogestão, com a participação do apoiador em reuniões dos Colegiados Gestores Microrregionais para pautar a saúde mental e pactuar a expansão e a qualificação dos serviços municipais e regionais, incluindo o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, bem como para produzir compromissos mais definidos com os municípios da região, buscando organizar uma atenção psicossocial em rede.

O apoio institucional à região metropolitana de Salvador: percurso, potencialidades e desafios

Outra experiência analisadora é a do apoio institucional desenvolvido na 1ª Diretoria Regional de Saúde, que se deu com um recorte de território, pois esta é uma diretoria composta por 16 municípios, entre eles, o Município de Salvador. Capital do Estado da Bahia, concentra o maior índice populacional e grande número de serviços de Psiquiatria e de Atenção em Saúde Mental. No ano de 2008 possuía: 22 Caps, 3 hospitais psiquiátricos – com 480 leitos em funcionamento, sendo 392/SUS, 5 residências terapêuticas, 9 ambulatórios especializados de saúde mental e 47 moradores de hospitais psiquiátricos habilitados para o Programa de Volta pra Casa. Além disso, existiam 52 leitos de Psiquiatria em hospitais gerais (alas psiquiátricas) e 8 leitos de atenção à crise e à desintoxicação.

Outro equipamento que existe em Salvador é o Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), mantido pelas Secretaria Estadual de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH) e pela Sesab, que se direciona ao cumprimento de medidas de segurança de internação. Possuía 150 leitos e 142 internos, além de serviço ambulatorial (CNES/DATASUS).

O trabalho realizado na região se iniciou com aproximação da Sesab com os municípios, por meio de visitas técnico-institucionais, em que foi apresentada a estratégia do Apoio Institucional em Saúde Mental para as SMS. Também foram realizadas 28 visitas aos serviços de saúde mental, sendo 16 em Caps, 4 nos Centros de Referência, 3 nos hospitais psiquiátricos, 3 a residências terapêuticas e 2 em hospitais gerais com alas psiquiátricas. Além disso, o apoiador fez reuniões mensais com os trabalhadores do HCT e participou de reuniões de equipe dos Caps de gestão estadual (Caps II, Caps ad e Caps i).

Durante o desenvolvimento do apoio, foram realizadas oficinas em Camaçari, Salvador, Lauro de Freitas, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé e Vera Cruz. Nestas foi possível conhecer mais de perto a realidade territorial da saúde mental de cada município,

além de apoiar a construção de estratégias para superar os desafios apontados pelos participantes. Além disso, as oficinas e os encontros foram espaços de educação permanente para os trabalhadores e os gestores, em que sempre trabalhávamos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental.

A primeira oficina contou com a participação de 11 municípios. Teve como pauta principal a construção de diretrizes municipais e regionais para a atenção à saúde mental, de acordo com as possibilidades de cada território. Foi constituído um grupo de referência para planejamento e acompanhamento avaliativo das ações pactuadas, bem como organização das oficinas seguintes.

A segunda oficina aconteceu três meses depois, tendo a participação de nove municípios. O grupo organizou um encontro temático, para discutir o mapeamento dos serviços de atenção à saúde mental, com ênfase nas questões de geração de renda, de direitos dos usuários e de proposta de organização de uma rede de atenção à saúde mental que demonstrasse o cuidado desde a atenção básica até os serviços de urgência e emergência, principalmente na relação com o Samu, que estava sendo implantando na época.

Já a terceira oficina foi realizada dois meses após a segunda e contou com 13 municípios. Dos que estavam presentes, três apresentaram seus planos de saúde mental, como proposição de um cuidado resolutivo e contínuo, organizado dentro da região. O processo de atendimento à crise foi o tema mais efervescente deste encontro, pois, como fora apontado nas discussões sobre a macro-oeste, foi constatado que o cuidado ofertado era o encaminhamento ao hospital psiquiátrico.

O trabalho realizado foi de caráter dinâmico e processual, necessitando de revisões periódicas, principalmente com as equipes que ofertam atenção à saúde mental, uma vez que as informações oriundas das fontes oficiais disponibilizadas pelo Ministério da Saúde não são sempre compatíveis com a "realidade" encontrada *in loco*. Um exemplo disso era a mudança constante de profissionais nos serviços de Saúde Mental. Em vários municípios, os contratos de trabalho eram precários e a rotatividade altíssima. Outra questão relevante foi a dinâmica do cuidado ofertado, que não se apresentou na lógica de uma construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares, oficinas e estratégias de atenção à crise, substitutivas à internação.

No Município de Salvador, em especial, o foco do trabalho do apoiador foi tratar gestão e atenção como inseparáveis, buscando aproximações sucessivas, tanto com a coordenação municipal de saúde mental como com os trabalhadores dos Caps e dos ambulatórios. Foi instituído um espaço mensal de reuniões para elaboração do plano municipal, com a participação de todos os coordenadores de Caps e representantes da associação de

usuários. Este movimento durou oito meses, sendo finalizado com a mudança do secretário municipal de saúde e a interrupção do trabalho do apoio.

Todavia, quando sistematizado o plano de trabalho do apoio realizado na região, foi constatado que a maioria dos municípios construiu seu plano de trabalho focando na implantação de Caps, sendo incipiente a organização de outros dispositivos previstos pela Política Nacional de Saúde Mental, tais como o Programa De Volta Pra Casa, os Serviços de Residências Terapêuticas, os Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, principalmente aqueles pensados para funcionar nos hospitais gerais, e os Centros de Convivência e Cultura.

Esses planos foram discutidos com bastante preocupação, pois, além de incorrermos no risco da "capsicização" dos cuidados em saúde mental, lidamos com o fato de alguns Caps não estarem atuando na perspectiva de rede, sendo insuficientes as atividades realizadas *com* o território, que poderiam contribuir efetivamente na proposição e na tentativa de construção da inclusão social e da desinstitucionalização da loucura com a comunidade e com os núcleos familiares. Assim, não eram raras as constatações de reprodução da lógica ambulatorial e manicomial, mesmo nos serviços substitutivos, o que nos leva a enfatizar na importância do apoio para problematizar estas práticas. A fim de exemplificar esta lógica, segue a fala de uma trabalhadora de um Caps durante a oficina: *Não sei mais o que fazer, construí um projeto terapêutico para o usuário ótimo, com oficinas em todos os horários, medicação manhã e noite e ele não obedece. Anda revoltado, diz que não vai fazer nada, só quer dormir. Aí, quando obrigo tomar o remédio, porque é o mais importante, você sabe né, ele diz que não quer...*

Outro dado relevante identificado pelo apoiador foi o itinerário terapêutico para os casos de crise. Foram constatados muitos encaminhamentos para internação em hospitais psiquiátricos nesta região, vindos de todas as demais regiões e municípios do Estado da Bahia. O apoio permitiu constatar que o funcionamento dos serviços substitutivos ocorria de forma frágil e distante de abarcar a saúde mental em sua dinâmica e complexidade.

Por fim, o apoio possibilitou construir espaços de análise, inclusão e articulação para o fortalecimento da atenção à saúde mental. De acordo com Pasche e Passos (2010, p. 427), "incluir o outro, todavia, não é um exercício pacífico, requerendo análise crítica daquilo que se traz para o encontro, para a relação". Assim sendo, colocar em roda gestores, trabalhadores, usuários e familiares trouxe-nos a dimensão do desafio que é incluir diferentes concepções sobre a loucura e afirmar práticas não coercitivas que respeitem os direitos humanos.

O tempo mostrou-nos que tais espaços precisam ser continuamente apoiados para a consolidação da Reforma Psiquiátrica na Bahia, uma vez que propiciam análise contínua e Educação Permanente das práticas em saúde mental, além de incentivar o protagonismo

local dos atores municipais, conforme a política preconizada pelo Ministério da Saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerações finais

O processo de cogestão e de educação permanente desencadeado pelo NAI se constituiu como um modo singular de construir a política, a atenção e a gestão em saúde mental no Estado da Bahia, apesar do curto período em que se deu esta experiência.

O apoio institucional instalou-se nos interstícios da macro e micropolítica, dando visibilidade à complexidade da saúde mental que, em geral, não estava na agenda prioritária dos municípios, a exemplo da capital Salvador que não reunia com trabalhadores e usuários para discussão dos serviços ofertados e passou a ser pautada por diversos atores, tanto em nível local, dos municípios e serviços públicos de saúde e de assistência social, como também em nível regional, ensejando a articulação pioneira entre municípios que costumavam transferir responsabilidades uns aos outros e começaram a construir estratégias regionais.

A estratégia de criação dos grupos de referência em cada macro, enquanto coletivo organizado gestor, também favoreceu maiores articulações, tendo a solidariedade como princípio fundamental. Desse modo, o apoio efetivou a proposta da PNH (BRASIL, 2008) de ajudar a construir grupalidades que partilham espaços de cuidado e gestão, mas atuavam de modo fragmentado e individualizado, podendo assim assumir compromissos e contratar tarefas para a produção das mudanças nos modos de cuidar e de gerir. Favoreceu também a formação e o fortalecimento de vínculos entre equipes de trabalhadores, gestores, usuários, entre outros.

As experiências compartilhadas e colocadas em análise demonstram dificuldades comuns, embora tenhamos abordado intervenções em regiões distintas e distantes entre si. Como principais dificuldades analisadoras dos modos de operar na saúde mental podemos identificar: oferta de serviços insuficiente para atendimento à demanda; a atenção à crise é marcada pela internação psiquiátrica; medicalização do cuidado; inexistência de leitos psiquiátricos na maioria dos municípios; poucas ações de saúde mental na atenção básica, especialmente nos municípios maiores; pouca articulação em rede, atividades insuficientes e insatisfatórias de desinstitucionalização.

Entretanto, estas dificuldades estão presentes na maioria dos municípios brasileiros e fazem parte do processo de mudança de modelo em saúde mental provocado pela reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, afirmamos que o trabalho desenvolvido pelo NAI produziu mudanças significativas nos modos de entender, atender e gerir em saúde mental, fazendo articulações

pioneiras, colocando a saúde mental de modo prioritário e transversal na maioria dos municípios participantes do processo.

Contudo, para implementação de uma rede de cuidados, seja municipal ou regional, requer um conjunto de ações e de apoio intensivo para construção cotidiana e articulação permanente entre os sujeitos que produzem o cuidado, sejam gestores, trabalhadores e usuários. O Apoio Institucional, aposta feita pela Área Técnica de Saúde Mental em 2007 e 2008, foi descontinuado com a mudança na equipe gestora. Teve como consequência a interrupção das oficinas e ações disparadas e o retorno à modalidade de acompanhamento aos municípios por meio de orientações via telefone e meio eletrônico. Os deslocamentos dos técnicos (já não mais apoiadores) eram feitos eventualmente quando da necessidade de realizar vistoria para implantação de Caps ou em caso de verificação de alguma denúncia que chegava à Sesab, geralmente decorrida da falta de assistência ou mal funcionamento dos Caps.

A equipe gestora da Sesab justificava a falta de recursos financeiros e de possibilidades de contratação como os principais dificultadores para manutenção da equipe de apoiadores. Com isso, podemos sugerir que houve uma mudança do foco das ações da equipe da Área Técnica de Saúde Mental, passando não mais a se ocupar diretamente com a organização de rede de cuidados, mas com a assessoria para implantação de serviços e atividades pontuais de Educação Permanente.

Referências

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. **Análise da situação de Saúde Mental do Estado da Bahia em julho de 2008**. Salvador: [s. n.], 2008. Texto não publicado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**: anos 2007 e 2008. Brasília, 2009.

______. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2004.

______. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

DELGADO, R. C; FORNAZIER, M. L. Reforma psiquiátrica na Bahia: desafios e (des) caminhos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 2, p. 412-431, abr./jun. 2011.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42 n. 3, p. 555-561, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em:

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, jul./set. 2010.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação. Rio de Janeiro, v. 13, supl. I, p. 603-614, 2009.

Humores Insensatos:

Teatro do Oprimido e Perspectivas de um Criativo Fazer Coletivo

Rosemeire de Almeida[1]

Débora Duarte[2]

[1] Bacharel em Ciências Sociais (USP), é funcionária da Secretaria de Saúde de Guarulhos e membro da Associação Saúde da Família do município.

[2] Bacharel em Terapia Ocupacional, especialista em Psicopatologia e Saúde Pública (USP), é funcionária no Caps III Alvorecer e Caps ad Brasilândia e membro Associação Saúde da Família.

Resumo

O presente artigo trata da experiência com a metodologia do Teatro do Oprimido (TO) em serviços de Saúde Mental no município de Guarulhos, traçando a consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e os preceitos da Reforma Psiquiátrica, a partir do trabalho realizado pelo grupo de Teatro do Oprimido Humores Insensatos no Caps III Alvorecer. Delineia a potência da ação que busca na metodologia do Teatro do Oprimido a desmecanização física e intelectual de seus praticantes e a democratização do teatro, estabelecendo condições práticas para que o oprimido se aproprie dos meios de produzir teatro e amplie suas possibilidades de expressão, buscando uma comunicação direta, ativa e propositiva entre espectadores e atores. Além disso, corrobora a necessidade de criação de espaços alternativos de cuidado que reforcem a relação com a comunidade e a família, a atuação no território e o fomentem o protagonismo dos participantes.

Palavras-chave:

Teatro do Oprimido. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Democracia. Política de Humanização.

A proposta de fazer Teatro do Oprimido[3] na Saúde Mental surgiu em Guarulhos/SP em 2006. Por intermédio da parceria entre o Centro do Teatro do Oprimido, o Ministério de Saúde e a Secretaria de Saúde de Guarulhos, vários trabalhadores formaram-se multiplicadores de TO e várias pessoas "usuárias" dos serviços de saúde mental atuaram no palco para a vida. Assumido pela Secretaria de Saúde enquanto estratégia de cuidado em saúde mental vem se consolidando como política pública no município em consonância com a Política de Humanização do SUS que preconiza "uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas sim a uma vida com qualidade" (BRASIL, 2008, p. 7).

Ora, em se tratando de vida estamos nos remetendo a um universo rico e diverso, amplo em possibilidades e demandas, o que torna imprescindível, no processo de cuidado, o entendimento e a consideração dos contextos sociais dos sujeitos e da coletividade na qual estão inseridos.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe a substituição de modelos de assistência manicomial por práticas comunitárias promotoras de autonomia, onde sujeito, família, comunidade e serviços de saúde andam juntos, em constante construção e compartilhamento de vidas. Para tanto, trabalha na perspectiva de potencializar a apropriação dos recursos culturais, humanos e políticos componentes do território onde os usuários estão inseridos, de modo a possibilitar que aquele que é cuidado seja o protagonista de sua própria história de vida, escolhas e responsabilidades, enquanto efetivo cidadão no mundo.

É nesse contexto que os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são criados, a fim de promover o cuidado para pessoas em sofrimento mental crônico, grave e persistente, fomentando a participação social e a articulação com outros serviços, sejam eles do campo da cultura, da saúde, do esporte, da assistência ou lazer, em uma "rede" constituída também pela família e a sociedade (BRASIL, 2001).

A proposta do Teatro do Oprimido na saúde mental busca exatamente o protagonismo dos participantes envolvidos – sejam trabalhadores, usuários ou familiares – potencializando-os, todos, para, a partir do diálogo, encontrarem alternativas de transformação de suas realidades. Considerando que essa realidade é formada por vários espaços sociais uma cena de teatro-fórum ao ser apresentada dentro de um determinado serviço de saúde, em um teatro ou em uma praça, instaura efetivamente estratégias de construir a cidadania possível.

Os Caps [4] III Alvorecer, Caps i Recriar, Caps II Arco-Íris, Caps III Bom Clima, Projeto Tear, Unidade Básica de Saúde (UBS) Soinco compõem os serviços de saúde que trabalham com a técnica do Teatro do Oprimido proposta por Augusto Boal[5].

[3] Teatro do Oprimido, criado por Augusto Boal, é um método estético que reúne exercícios, jogos e técnicas que objetivam a desmecanização física e intelectual de seus praticantes e a democratização do teatro, estabelecendo condições práticas para que o oprimido se aproprie dos meios de produzir teatro e amplie suas possibilidades de expressão, estabelecendo uma comunicação direta, ativa e propositiva entre espectadores e atores (BOAL, 2005).

[4] Todos os Centro de Atenção Psicossocial aqui citados são localizados em Guarulhos e administrados pela Associação Saúde da Família por meio de convênio com a Secretaria de Saúde do município.

[5] Augusto Boal, diretor, dramaturgo brasileiro, criador do Teatro do Oprimido foi Diretor Artístico do Centro do Teatro do Oprimido (CTO), até 2009. Foi embaixador do Teatro pela Unesco e recebeu indicação para o Prêmio Nobel da Paz em 2008. Faleceu em 1º/5/2009.

Mensalmente, é desenvolvido o "Encontro de Multiplicadores de Teatro do Oprimido", espaço onde paramos para pensar a nossa prática teatral e sua relação com o cotidiano; a fim de compartilhar experiências, repensar processos de grupo, articulação com a rede de serviços, discussão de casos e (re)construção coletiva de histórias de vida em movimento. Nesses encontros, construímos-nos também enquanto grupo de multiplicadores, que compartilham angústias e anseios, fazendo do TO o cuidado também com nossa prática profissional que tende à mecanização.

Som, imagem e palavra. O corpo atravessado por opressões foi recortado, calado, eletrocutado. Pela boca pastilhas milagrosas miram a cabeça. Membros inferiores e superiores se calam com amarras; não há braços ou pernas para rebelar. Choques, eletrochoques, convulsões, comprimidos e o corpo vai quedando calado. Já não me olho ou reconheço em mim o que fui. Normalmente as histórias começam assim: Eu era... Eu fui... Eu vivia... Eu trabalhava... Eu falava... Eu fazia...

Vozes ocultas; família, quartos separados; na comunidade muitas vezes apenas uma palavra o resume... da imagem de seu corpo, retalhos onde não se olha mais. É a história, a vida, o desejo que se faz invisível ou sem valor. Do isolamento ao lugar do acolhimento. Chegar ao Caps é o começo de um novo modo de estar consigo mesmo e com o outro.

O som da voz ressoa bem baixinho e o olhar queda-se ao chão. Vamos começar um grupo de Teatro do Oprimido no Caps III Alvorecer. A sala é pequena comportando 23 a 24 pessoas que imediatamente vão se acomodando em sofás, cadeiras, pelos cantos ao redor.

Pequena demais para tantos anseios e desejos, as oficinas vão se desenhando e as perguntas aparecendo. O Teatro parece tornar artística a necessidade de ensaiar intervenções no mundo.

Augusto Boal (2005) citou inúmeras vezes o poema de Antonio Machado[6] "O caminho na verdade não existe. O caminho quem o faz é o caminhante ao caminhar" (MACHADO, 1912 aput BOAL, 2005, p. 5). Como caminhante sem caminho torna-se cidadão? Caminhante que vacila e oscila entre corredores de hospitais, injeções e comprimidos, quartos sitiados em plena estrutura familiar...

"Por que estão me internando? São 18 anos de vida, pelo menos 6 sendo levado para hospitais e só queria saber por quê?"

Internação, intern-ações, momento de ruptura e afastamento. Momento em que a ação é minimizada, o corpo dopado fica com movimentos limitados... O grupo todo se identifica. Internação é um tema importante.

[6] Antonio Machado, poeta sevilhano, escreveu Caminhante, são teus rastros. O caminho, e nada mais; caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar. Ao andar faz-se o caminho, e ao olhar-se para trás vê-se a senda que jamais se há de voltar a pisar. Caminhante, não há caminho, somente sulcos no mar. (MACHADO, 1912). Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Antonio_Machado#cite_note-1>. Acesso em: 10 set. 2010.

R. foi quem contou a história. Acabara de completar 18 anos e por isso seu Projeto de Vida passou a ser pensado de um Caps infantojuvenil (Caps Recriar) para um Caps III (Alvorecer). Sua pergunta:

"Por que tenho que ser internado? Nunca me dizem... não sei por que já estive tantas vezes lá... esses anos todos... o que eu tenho?"

No Teatro do Oprimido procuramos entender de que maneira e até que ponto muitas das questões que nos parecem tão individuais são construídas no coletivo social. Por que um rapaz que há tantos anos vem sofrendo intervenções não sabe o motivo desses acontecimentos?

No encontro entre paciente e terapeuta, equipe e projeto de vida, não cabe a detenção do saber reduzida aos nomes e títulos possíveis para aquele determinado sofrimento. Possibilitar a vida é fundamentalmente não tirar do sujeito seu direto de significar aquilo que se sente.

A quem são dadas as informações sobre seu quadro clínico? A ele ou apenas aos seus familiares? Nós, ao reconhecermos a importância da desconstrução das práticas asilares, que limitam o poder criativo mesmo quando muros não estão presentes, temos de nos questionar acerca do quanto ainda mantemos nos nossos processos de cuidado, estratégias de ação limitadoras da potência do outro.

O sofrimento mental, enquadrado no título "loucura", que torna excluídos aqueles classificados como tal com chaves ou não, mantém forte e socialmente instalada a porta da invisibilidade. Uma sociedade que não se reconhece na "loucura"... Mas que, ao mesmo tempo, não deixa de se organizar em modos adoecidos de relações.

Romper portas, muros e véus... Descortinar: esta a tarefa a que o Teatro do Oprimido se propõe.

E., participante do grupo de Teatro do Oprimido "Humores Insensatos" – nome escolhido após longo processo de discussão do grupo do Caps III Alvorecer –, casado, um tanto isolado inicialmente, descrevendo-se como um homem tímido, aponta o quanto participar do grupo foi importante no processo de autoconhecimento e (re)construção de limites. No Teatro do Oprimido dizemos sempre que potência e limites temos todos, e a possibilidade de avanço faz parte do caminhar com diferenças de ritmos, de pontos de partida e chegada. Em uma sociedade excludente faz-se imprescindível espaços que permitam o florescer da multiplicidade. Somos vários, somos únicos. Na unicidade nossa diferença. E o somos todos!

Augusto Boal escreveu: "Temos que ter a coragem de olharmos no nosso espelho louco, a nós e a eles, e trazê-los de volta ao nosso convívio, reconhecendo que somos todos diferentes, únicos, complementares – nisso, somos todos iguais: na diferença" (2006, p. 5).

Neste mesmo contexto, Lancetti nos convoca a pensar uma clínica em movimento como estratégia "destinada a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais" (LANCETTI, 2011, p. 19); dedicada a ultrapassar os portões e os paradigmas manicomiais e, assim, possibilitar espaços potenciais para a produção de subjetividade e cidadania.

A. frequentou o grupo de Teatro do Oprimido do Caps II Arco-Íris. Quando o Caps III Alvorecer se tornou o serviço de referência em saúde mental de sua região, A. logo se vinculou ao grupo de TO deste Caps. Outro participante, T., sempre sentia falta de A. quando o grupo tinha início e o companheiro não chegava à sala. Embora sempre envolvido nos jogos teatrais, A. não se encorajava a entrar na cena propriamente dita. Gesticulava com a mão, sorria e repetia por diversas vezes seguidas "*não, não, não...*". Em uma tarde, empolgado, T. convidou A. a entrar na cena para fazer o papel do jovem que seria internado. Envergonhado, A. continuou gesticulando, sorrindo e repetindo "*não, não, não...*", mas T. não desistiu até que A. aceitasse o convite. Quando o fez, compartilhou sua experiência do que poderia ser pra ele, o jovem de 18 anos a ser internado sem saber o motivo deste ato. T. atuava como um diretor colaborando com o parceiro no encorajamento e sugestão de falas. Ao final, o grupo animado com T. levantou uma feliz salva de palmas para A., onde se ouvia a voz de uma companheira dizendo "*Isso aí A., você conseguiu!*".

Os relatos são vários: o momento de contar histórias pra definir a cena é muito rico e doloroso também. Quase todos naquela sala já foram internados. Alguns já usaram camisa de força, outros sentiram seu corpo travado e sua expressão represada na caixinha de remédio.

Gritos, gritos altos. Alguns no Caps se mobilizam, ficam de prontidão, quase correm em direção ao som... ao que lembram: hoje é dia de TO e o grito, agora, não é sinônimo de crise. Grito é forma de expressão humana, é potência da voz, variação de timbres, notas uníssonas ou dissonantes, alívio, força... potência!

D. chegou para o grupo desanimada. Não estava bem. Há dois dias não conseguia dormir, tanta angústia e pensamentos.... Márcia e Tatiane[7] a observam, conversam e sentem a tensão quase explodir dentro de seu corpo, quando decidem: "*Vamos fazer o jogo da Máquina Rítmica*". Este jogo, que faz parte do arsenal de jogos e técnicas do Teatro do Oprimido (BOAL, 2005), propõe a construção de uma máquina temática do grupo, em que cada um cria seu movimento e seu som e, na conjunção dos vários gestos e sons, compõe a totalidade da máquina. A multiplicadora vai propondo que a máquina alterne entre sons bem altos, gritantes e sussurros, entre movimentos rápidos e quase parando.

[7] Márcia Ignácio Pereira, auxiliar de Enfermagem, e Tatiane Regis Monteiro, auxiliar de Farmácia, são trabalhadoras do Caps III Alvorecer e multiplicadoras do Teatro do Oprimido.

Na hora do som alto, D. grita muito, solta a voz, com o grito aquela angústia ecoa, escorrendo pelos seus poros, aumenta, diminui e a máquina trabalha forte. D. sussurra e grita, sussurra e grita, sussurra, sussurra e para a máquina.

Ao final da oficina ela comenta com as multiplicadoras: "*depois de vários dias sem conseguir fechar os olhos sinto que aquilo que estava me sufocando, querendo sair, saiu. Sinto-me bem melhor. Hoje com certeza vou conseguir dormir*".

R. não tem frequentado mais o grupo do TO. O estabelecimento e o fomento dos vínculos é um de nossos grandes desafios neste trabalho. O grupo continua ensaiando a cena baseada em sua história pessoal, com a qual todos ali se identificaram. Se, diretamente, esse participante não está trabalhando a questão que o afeta, continuamos na certeza da contribuição, na medida em que acreditamos na essencialidade da transformação do mundo e de que, para cuidarmos do outro e de nós mesmos, precisamos construir novos paradigmas e novas práticas que coloquem todos os participantes da oficina – trabalhadores, usuários e familiares –, como sujeitos de sua história e atuantes em seu mundo.

Referências

BOAL, A. **Apostila do Projeto Teatro do Oprimido na Saúde Mental**. Rio de Janeiro. CTO, 2006. Texto não publicado.

______. **Jogos para atores e não atores**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 set. 2010.

______. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2011.

[1] Este texto foi composto por trabalhadores, residentes e usuários dos serviços de saúde de Porto Alegre e não contém conflito de interesse, nem obteve qualquer financiamento para sua elaboração. Parte de uma iniciativa política de seus autores de publicizar um modo de pensar o cuidado, como resultado dos encontros do grupo que participa do Programa Quartas Intenções, não sendo especificamente ligado a algum tipo de trabalho de conclusão de mestrado, doutorado, residência etc. Foi publicado originalmente na Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/2098>. Contatos: <francislonder@hotmail.com> ou <carlosgarciajunior@hotmail.com>.

Resumo

O artigo trata do cuidado intersetorial na saúde, sendo feito por usuários e trabalhadores participantes de um programa de rádio. A escrita volta-se às memórias dos programas ocorridos, buscando, nesse olhar para trás, um vigor para a discussão. Percorre-se toda uma trajetória de construção do cuidado, inspirado no modo de apresentação do programa de rádio. O artigo tem estrutura semelhante ao programa, contendo subtítulos iguais aos blocos dele. Em um primeiro momento apresentaremos o programa; onde está inserido e os atores vinculados. No Bloco 1 resgataremos um pouco da história da Reforma Psiquiátrica e as relações com a Política Nacional de Humanização (PNH). No Bloco 2 debateremos o cuidado em saúde intersetorial. O Bloco 3 serão memórias do Coletivo loucutor, as quais trarão para o texto pensamentos sobre o fazer radiofônico e o cuidado em saúde. Finalizaremos com as dicas do dia, assim como fazemos no último bloco do programa.

Palavras-chave:

Radiodifusão. Produção de saúde. Saúde mental. Intersetorialidade. Humanização.

Música de abertura no ar: uma breve introdução

Este artigo vem tratar da potência em produzir saúde em uma dimensão de cuidado transversal, isto é, em uma zona de indefinição das forças que atravessa os sujeitos e a instituição saúde nos processos de subjetivação que estão em jogo e que mutuamente se transformam, extrapolando os limites do pensar a atenção em saúde ao abarcar a sua extensão política e relacional nos outros setores da vida. Pensar a saúde atrelada a outros setores exige um pensar clínico ampliado, na intenção de produzir um cuidado que abranja a singularidade de cada usuário em questão. Nesse sentido, impõem-se dois pontos importantes para a sua ampliação: a construção de sistemas integrados de saúde e a articulação de um conjunto de iniciativas e ações intersetoriais em um território (BRASIL, 2009a).

É no âmbito das ações de cuidado intersetoriais, voltadas para os territórios existenciais de cada pessoa que está em atendimento com algum serviço de saúde, que apresentamos a construção e a articulação de um espaço coletivo de radiodifusão na prática cotidiana da clínica. Assim, exporemos a produção de um programa de rádio como dispositivo para ações intersetoriais entre saúde e cultura, que parece dar passagem a uma vida mais potente aos sujeitos participantes a partir das discussões pautadas a cada encontro, com as trocas de saberes e de afeções que confabulam encontros cercados por uma "comunicação terapeutizante" (MOREIRA, 2011).

O programa aqui apresentado se chama Quartas Intenções: um encontro real com seus amigos imaginários, ele é realizado nas ondas sonoras que percorrem a Região Norte de Porto Alegre a partir de uma rádio comunitária. Em abril de 2010, foi feito um convite para se criar um programa de rádio ligado à rede de saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).[2] Esse convite partiu das aproximações com a comunidade do Bairro Rubem Berta e do Ponto de Cultura "Falando a gente se entende" situado na região, o qual está vinculado à Associação de Moradores do Conjunto Habitacional Rubem Berta (Amorb), em Porto Alegre. A associação fora fundada em 1987, com a Rádio Comunitária sendo iniciada em 2007, no intuito de dar condições à comunidade de ter um canal de comunicação inteiramente dedicado a ela, abrindo oportunidades para a divulgação de suas ideias.

Partindo desse contexto, pensamos que a nossa inserção como radialistas amadores seria relevante por articular os recursos intersetoriais do próprio território de vida dos usuários dos serviços de saúde mental e da comunidade em geral. O Quartas Intenções é composto pela comunidade do bairro Rubem Berta, bem como pelos trabalhadores e usuários de serviços de saúde, sobretudo, daqueles vinculados à saúde mental. A dinâmica do Quartas faz-se a partir de um assunto do cotidiano escolhido pelos componentes do programa antes

[2] Para situar o cenário aqui apresentado é interessante apresentar o GHC, vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil. O GHC possui uma ampla rede de saúde mental comparada ao da cidade de Porto Alegre e administrada pela prefeitura, tendo: Caps II, Caps adIII, Caps i, Consultório na Rua, Gestores do Cuidado, ambulatório psiquiátrico e internação no Hospital Conceição. Além dos serviços propriamente da saúde mental, ainda possui uma vasta rede de atenção primária e terciária, destacando-se 4 hospitais e 12 Unidades Básicas de Saúde que estão em relação com os serviços de saúde mental, materializando intervenções no território do usuário. É importante destacar os pontos de cultura que se vinculam à rede de atenção à saúde e o próprio Chalé da Cultura do Hospital Conceição que possibilitam a promoção de saúde a partir de ações intersetoriais na cultura.

de seu início e que é discutido durante seu horário na rádio, sendo dividido em três blocos temáticos separados por músicas selecionadas para o dia. Com as devidas apresentações, entramos agora em mais um encontro real com os amigos imaginários devidamente composto pelos blocos temáticos do Quartas Intenções.

Bloco 1 – Pauta aberta – o processo de transformação do cuidado na saúde mental

Ana Lucia C. Heckert[2]

Cláudia Abbês Baeta Neves[3]

Mas louco é quem me diz,
E não é feliz,
Eu sou feliz!
(BAPTISTA; LEE, 1972, Faixa 6).

Ao final de 1970, concomitante com os processos de abertura democrática brasileira, ganha força no Brasil o Movimento de Reforma Psiquiátrica influenciado pelos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, a qual propôs a substituição dos "manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas, científicas, jurídicas", como, também, transformou a relação do *socius* com "as pessoas portadoras de transtornos mentais" (PEREIRA; PEREIRA, 2003, p. 93). A crise do sistema psiquiátrico no Brasil teve vários acontecimentos produtores de transformações que hoje em dia estão em curso, entre eles podemos citar a falência do sistema manicomial deflagrado por profissionais e estudantes universitários contratados para trabalhar nos hospitais psiquiátricos, os quais passaram a denunciar a precariedade da assistência aos doentes mentais e as péssimas condições de trabalho a que eram submetidos. É nesse contexto que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), importante e fundamental movimento social no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em paralelo e em consonância com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica brasileira, toma fôlego nos anos 80 do século passado e inicia uma trajetória de invenção de serviços substitutivos no seio da sociedade acostumada com manicômios.

Nesta luta, assim como os trabalhadores, os usuários foram protagonistas no processo, que não cessou de ser reconstruído a partir das práticas experimentadas no cotidiano dos serviços substitutivos que se passam no território de vida dos sujeitos em contraposição aos manicômios. Em vez de um espaço-tempo pautado pelo "trabalho morto", dado e acabado como facilmente observamos nos estabelecimentos manicomiais, a produção dos serviços substitutivos se passa diante de outra ordem, isto é, em um movimento de constante travessia, de "trabalho vivo", criado a partir das relações que vão habitando as práticas de cuidado inventadas em "ato" (MERHY, 2002) pelos profissionais, pelos usuários e pela sociedade. Claro que sempre temos de observar o manicômio em nós, para, mesmo em serviços substitutivos, não estarmos reproduzindo essa ordem que se pretende combater.

O Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989, do deputado Paulo Delgado, aprovado 12 anos após ter sido apresentado e tendo passado por modificações que produziram a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, veio para consolidar as mudanças propostas, reorientando a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, a qual é baseada na desinstitucionalização da loucura e na desospitalização do cuidado em saúde mental. Proposta que no mínimo visa à cidadania do sujeito com sofrimento psíquico e que deseja promover a ampliação do debate sobre o pensamento

antimanicomial entre os vários segmentos da sociedade civil brasileira (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002).

Essa construção no legislativo que tem seu berço na produção social em suas lutas por um cuidado diferente em saúde mental, além de redirecionar o modelo de assistência ao torná-lo menos hospitalocêntrico, volta-se para um atendimento territorial-comunitário, no qual garante os direitos individuais dos usuários de ir e vir no cotidiano de suas vidas. Nessa perspectiva, inicialmente, são acionados outros dispositivos terapêuticos denominados como serviços abertos, a saber: os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os hospitais-dia, os residenciais terapêuticos (RT), entre outros.

Nesta via que está se constituindo nas últimas décadas, problematizar o campo da Saúde Mental é, também, pensar sobre a desconstrução de práticas silenciadoras (hospitais psiquiátricos e suas práticas de contenção moral, física e química), para assim construir outras voltadas às necessidades das pessoas com problemáticas em saúde mental. Seria a criação de novas modalidades de atendimento fundamentadas não mais na doença, mas na existência/sofrimento do usuário e na sua relação com a sociedade (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

Dentro disso, ao longo do processo, foi se percebendo o quanto esse novo modo de cuidar necessitava de expansão em relação aos serviços substitutivos. Expansão que levavam a um cuidado capilar, feito de maneira cada vez mais territorial, comunitário, no qual atingisse os lugares de vida de cada cidadão em sofrimento. Nesse sentido, os Caps, os hospitais-dia, os RTs e outros tantos serviços já não davam conta de todo o processo, ampliando-se o cuidado para toda a rede de saúde, bem como para outros setores como a cultura, a educação, os espaços políticos etc. Instala-se uma forma de "clínica peripatética" (LANCETTI, 2007), que se passa em uma caminhada pelos territórios existenciais com quem sofre, entendendo que ao percorrer tais espaços se podem produzir novos sentidos, em vez de somente aprisionar, isolar e, por isso mesmo, minguar cada vez mais a pessoa devido ao sofrimento que apresenta. Como nos comenta um dos usuários que participa do programa sobre esse modo de operar o cuidado: "aqui eu falo de minhas facadas, das drogas e das bebidas. Falo e me escutam como amigos, faço amigos e me sinto bem porque começo a entender toda essa minha vida e ainda estou em contato com as pessoas."[1] O que está se configurando é a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, o que acarreta um outro lugar social para a diversidade e para o sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

Uma das estratégias que veio a somar com a construção dos serviços substitutivos em saúde mental fora a Política Nacional de Humanização (PNH). Bem mais do que fechar os estabelecimentos manicomiais, substituindo-os por uma gama diversificada de serviços,

[1] Fala pronunciada em um dos Programas do Quartas Intenções.

ainda se faz necessário dar conta de outro grande desafio, isto é, tensionar a produção dos manicômios mentais na sociedade. Nesse sentido, a PNH vem dar vazão para essa discussão, problematizando os modos de cuidado no intuito de criar brechas nesse cuidado manicomial ainda tão presente mesmo em serviços substitutivos. Manicômios que percorrem o imaginário do *socius* e que fazem perseverar nas práticas de cuidado um *modus operandi* por demais aprisionante, no qual exclui o sujeito em sofrimento de seu próprio processo de vida, só que agora não mais dentro dos hospitais psiquiátricos, mas a céu aberto.

O cuidado em saúde mental, para além desse modo manicomial, passa-se nas relações que vão se processando ao longo dos encontros entre usuários, profissionais e, em última instância, com o próprio mundo. É preciso uma visão de atenção em saúde que rompa com um modelo profissional-centrado, construindo possibilidades de composição e de autonomia com os atores envolvidos nessa relação. Nesse sentido, a PNH compreende a necessária valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde em seus territórios existenciais. Destacando-se a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários, a participação coletiva nas práticas de saúde, a mudança nos modelos de atenção e de gestão e a articulação dos processos de formação com os serviços e as práticas de saúde (BRASIL, 2008).

> [...] falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Nessa perspectiva, o que a PNH oferece como recurso para a formação, a gestão e a atenção em saúde é um modo de cuidado pautado por uma constante construção e reatualização das relações que se instalam no cotidiano político que envolve a instituição saúde.[2] Um modo de operar que se faz em travessia, percorrendo as paisagens subjetivas do socius no que elas têm de potência para a diferença – o instituinte –, mas, também, no que nelas se encontram por demais enrijecido – o instituído. A PNH propõe-se a trabalhar nas diferentes ações e instâncias do SUS, ao mesmo tempo em que abrange diversos níveis da atenção e da gestão. Sua aposta reside na indissociabilidade entre os modos de produção de saúde e de subjetividade, entre os modos de gerir os processos de trabalho e os modos de produzir saúde, entre a clínica e a política (BRASIL, 2009b).

De tal modo, os desafios multiplicam-se pela complexa realidade dos territórios de saúde no Brasil. A diversidade no campo da Saúde implica um modo de fazer singular, construído a cada tear, de maneira artesanal, e não em uma escala industrial. Com isso,

[2] Entendemos por instituição o que impõe ao nosso corpo, mesmo em suas estruturas involuntárias, uma série de modelos, dando à nossa inteligência um saber, uma possibilidade de prever e de projetar (DELEUZE, 2006, p. 31). Isto é, um sistema de antecipação que abocanha os atos de inovação para, assim, tê-lo já devidamente controlado. O instituído é a forma dura da instituição que se autorreproduz pela igualdade, pelos costumes postos, já o instituinte se faz das forças movidas pela alteridade, no caso, pela diferença que impõe um jogo de forças rumo à transformação da instituição.

a capilaridade das ações em saúde dá-se pelas diferentes articulações, protagonismos e corresponsabilidades que envolvem usuários e profissionais de saúde, assim como o todo da sociedade.

É nesse contexto que a intersetorialidade é destacada nas ações em saúde mental. De acordo com o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, o campo da Saúde Mental é intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial. Insere-se no campo da Saúde e, ao mesmo tempo, o transcende com interfaces importantes e necessárias entre os campos da educação, do lazer, da justiça, do trabalho, da economia solidaria, da habitação, da cultura, do esporte, da assistência social etc.

Bloco 2 –
Papo filosófico –
um encontro real com a radiodifusão

Artigo

> Vida Louca vida.
> Vida breve,
> Já que eu não posso te levar,
> Quero que você me leve!
>
> (LOBÃO; VILHENA,1987, Faixa 7)

Neste contexto sócio-histórico de proposição de outros modos de cuidado em saúde mental, no qual se propaga as relações de saúde para além do próprio setor, entra em jogo o dispositivo da comunicação social. A radiodifusão comunitária é um importante aparelho social que pode produzir "línguas menores" que interferem na "língua maior" formatadora que difere de sua proposta homogeneizante ao provocar desvios, "gagueiras" que agenciam outros meios de se comunicar e de criar cultura (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Ela "é um lugar privilegiado de distribuição de poder" (GIRARDI; JACOBUS, 2009, p. 9), de minoridades que se articulam para efetuar brechas em um modo de expressar comunicação por demais instituído. A língua menor que aqui comentamos seria a comunicação comunitária, microexpressividades territoriais que estão vinculadas à realidade da comunidade e que, por conta disso, não produzem uma comunicação distante, muitas vezes distorcida e mesmo preconceituosa, como as transmitidas pela língua maior, isto é, pela grande mídia atravessada por interesses econômicos e políticos em seus noticiários.

> [...] cada pessoa pode também comunicar, ou seja, pesquisar, produzir e distribuir informações através de diversos meios de comunicação, abordando assuntos que domina, contando sobre a realidade em que vive, os problemas que ela e seus vizinhos encontram, as novidades que interessam à comunidade. Afinal, as pessoas mais indicadas para falarem sobre determinada realidade são aquelas que a vivenciam (GIRARDI; JACOBUS, 2009, p. 10).

A língua menor desliza sobre a maior para agenciar diferenças na língua, invenções que instituem outros possíveis para a comunicação social, em um movimento de minoridades que invade as ondas sonoras ao interferir na comunicação de massa – hegemônica. As notícias e as opiniões veiculadas na rádio comunitária podem ter a potência de mostrar outras versões do entorno comunitário, na maioria das vezes mal falado na grande mídia.

A rádio comunitária, então, está diretamente vinculada com uma programação sintonizada aos problemas da região em que está instalada, com a possibilidade de fomentar a cultura local, em um exercício político de cidadania que produz conhecimentos consonantes com a realidade daquela comunidade (DETONI, 2009). Verificamos, nas diretrizes básicas de uma rádio comunitária, características em consonância aos processos cotidianos da saúde mental. A comunicação comunitária também é capilar, valoriza a vida singular que

acontece nos espaços do bairro, imprime uma relação horizontal entre seus atores e tem o entendimento de que a produção democrática é a melhor forma de construir cidadania.

Nessa relação entre rádio comunitária e trabalho em saúde, sobretudo em saúde mental, vivenciamos como coletivo formador do Quartas Intenções um outro possível no modo de operar o cuidado. Ao transmitirmos o programa éramos loucutores,[1] uma mistura que acontecia entre os participantes e que não mais discernia quem era morador do bairro, usuário ou profissional de saúde e técnico de rádio. Um cuidado e comunicação transversal que atravessava a todos na produção de um espaço comunicacional terapeutizante com os envolvidos, isto é, os loucutores e os ouvintes do programa. Além disso, experimentamos uma outra forma de comunicar, uma maneira de expressar pelas ondas sonoras as problemáticas que estávamos envolvidos sem um grande mediador, a saber, a mídia hegemônica docilizadora e direcionalizadora das informações veiculadas nos grandes meios de comunicação.

[1] Loucutores foi o modo que passamos a nos chamar nos programas. No momento apropriado voltaremos a pensar sobre esse nome que perpassa a todos no Quartas Intenções.

Bloco 3 –

Palavras de vida –

propagar eletromagneticamente as ondas sonoras da loucura

> Toquem o meu coração,
> Façam a revolução,
> Que está no ar, nas ondas do rádio,
> No submundo repousa o repúdio
> E deve despertar.
>
> (RICARDO, 1985, Faixa 1)

A radiodifusão pode ser entendida como a transmissão de ondas de radiofrequência moduladas que se propagam eletromagneticamente pelo espaço. Suas ondas sonoras percorrem o mundo e são captadas por meio da escuta de seus ouvintes, sendo experimentadas como um amigo sonoro que vem fazer companhia àqueles que estão conectados na frequência. Zonas de interferência produzem-se entre os loucutores e seus ouvintes, composição de pensamentos que permeiam o imaginário dessa rede comunicativa.

Rede comunicativa de interferência mútua é o que podemos observar também nas práticas de cuidado em saúde quando são entendidas como "trabalho vivo" (MERHY, 2002), em produção constante de travessias inventivas no fazer clínico. É em uma zona de interferência, de passagem para a alteridade, que se vislumbra a construção das relações no cuidado em saúde, as quais ao longo do tempo podem ir se diferenciando a partir das singularidades expressas nos encontros.

A PNH parece sensível para tal modo de operar em uma clínica política de ampliação da vida, constituindo-se a partir de um método denominado como Tríplice Inclusão: inclusão de sujeitos, de coletivos e de perturbação que essas inclusões produzem nos modos de gerir os serviços de saúde e as relações clínicas.

> [...] essa última inclusão se apresenta como a mais importante do ponto de vista ético: inclusão da diferença, suportando-a e, ao mesmo tempo, tornando-a como principal força-motor da produção de mudanças, que em última instância, são as atitudes e comportamentos das pessoas (PASCHE, 2011, p. 33).

A radiodifusão, sobretudo a comunitária, torna-se um importante dispositivo de inclusão da diferença, das coletividades com pouco valor expressivo dentro de uma comunicação hegemônica. Da mesma forma, é um espaço que amplia a concepção do cuidado em saúde, perturbando seu entendimento ao explorar relações outras que também permeiam a vida de qualquer transeunte.

Uma situação no início das atividades radiofônicas do Quartas Intenções pôde nos mostrar essa perturbação em ato na concepção do cuidado em saúde. Ao planejarmos os primeiros programas que iriam ao ar, discutimos a questão de como nos apresentar aos ouvintes.

Alguns questionavam: apresentaremos-nos como profissionais da saúde e como pacientes? Um dos integrantes, então, logo apontou que não queria se apresentar como paciente e essa pontuação foi essencial para a construção do que queríamos ser, no caso: loucutores de um programa de rádio comunitária e não pacientes ou profissionais da Saúde. "Tínhamos que arrebentar nossas caixinhas" como comentara um dos participantes do programa! Afinal, entendíamos que não seria potente nos restringir a papéis tão identitários advindos dos serviços de saúde que ali eram diluídos por práticas culturais e de comunicação. E, como afirmamos, denominaríamos-nos como loucutores, em uma mistura de loucura com a prática de locução na rádio, expressando a vontade de fazer um programa louco no sentido potente da palavra, isto é, no que a loucura nos oferece como inesperado, incontrolável e que suscita a invenções nos debates radiofônicos. Desde então, todos são loucutores e se apresentam com os próprios nomes, com as devidas singularidades que com isso se expressam.

As relações que percorrem o fazer rádio expandem os modos de ser, indo para um além do que se consegue compreender quando se visualiza a saúde de maneira isolada na produção de cuidado.

> [...] no contexto da rede de serviços todos conhecem a história de vida daquele sujeito e, portanto, todos os detalhes de sua enfermidade. Esse conhecimento, necessário ao trabalhador para uma oferta adequada de cuidado, produz também, ainda que involuntariamente, uma obstrução do trabalho, já que termina por antecipar posturas e condutas do usuário. Já nas redes sociais de baixa densidade não encontramos este conhecimento prévio sobre o sujeito, possibilitando que ele possa ser para além do enfermo, que possa se apresentar de distintas maneiras, favorecendo a ocupação de outros lugares sociais (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2008, p. 7).

O processo de cuidado acontecido nas ondas do rádio embaralha as identidades postas classicamente, ou seja, as posições dos terapeutas e dos pacientes circulam por outros lugares, por outras produções de ser, como a do planejador do programa, a do locutor, a do amigo de trabalho etc. Nesse sentido, os integrantes do Quartas Intenções são muito mais atravessados por esses outros possíveis do ser do que por essa relação terapeuta-paciente já tão cotidianizada e relacionada às impotências patológicas que os serviços de saúde percorrem a fim de uma possível cura. Nessas ondas sonoras que invadem o cotidiano, há espaço para a expressão daqueles que por anos ficaram trancafiados em manicômios concretos ou mentais, estigmatizados como seres sem razão e de comportamentos perigosos. No processo radiofônico, é permitido aos antigos pacientes a colocação de suas ideias

para o mundo, com as quais constroem um outro lugar para além das patologias que os engessavam como as camisas de força tão desgastadas.

Uma outra cena rememorada que queremos compartilhar aqui no escrito, se passa quando num dos programas conversamos sobre a possibilidade de sermos atropelados. Um dos integrantes do Quartas tinha passado por isso e foi interessante poder pautar tal assunto, que se multiplicou para muitas formas de pensar um atropelo na vida, do concreto ao simbólico e vice-versa, num movimento que trazia espontaneidade e liberdade para o debate. E a pergunta que não quis calar nesse encontro poderia ser resumida assim: quem nunca foi atropelado na vida?

Trazemos esse encontro à tona, pois, percebemos que ao longo dos programas que fomos apresentando, um processo potente de inclusão, de perturbação no cotidiano pronto, se produzia à medida que íamos vinculando assuntos que têm a ver com cada integrante da equipe. Os assuntos atravessam a produção de vida de cada um, do lugar que cada loucutor se encontra, partindo para uma outra composição a partir das discussões que vão se dando ao longo dos programas de rádio. Cada um se refaz a partir do assunto que está sendo pautado e construído no coletivo comunicacional.

E esse processo potente de inclusão de perturbações nos modos de ser na vida pode-se diluir em algumas características que se operam de acordo com a proposta do programa Quartas Intenções. Em um primeiro momento, abre-se a possibilidade de incluir os envolvidos com o programa quando o planejamos, ao pensarmos o que irá ao ar os loucutores criam intercessões e proposições para a futura transmissão que atingirá determinado público ouvinte. Também, nesse processo de apresentação do programa, é notória a invenção de si que ocorre em ato a cada encontro, nos quais há de se fazer um esforço para criar pensamentos sobre o que está em pauta. Em seguida, outra inclusão comunicativa se passa quando aqueles que recebem a programação podem interagir com o programa, comentando se estão gostando, se discordam ou concordam com o que está sendo debatido e propondo outras falas. No caso, a comunidade ouvinte é capaz de interferir direta ou indiretamente naquilo que é dito com a possibilidade de protagonizar novas discussões e temas de interesse. Espécie de "comunicação terapeutizante de (re)significação dos sentido de vida, que estimula redes de conexão que estavam esquecidas ou não acionadas" (MOREIRA, 2011). Comunidade ouvinte e loucutores interagindo e interferindo na rede conectiva da vida a partir da radiodifusão.

Com o decorrer dos encontros radiofônicos, fomos construindo e sintonizando as ondas sonoras, algumas vezes, receosas de falar no microfone para o mundo, com silêncios que percorriam o andamento do programa retratando um pouco da inexperiência de expressar as próprias opiniões que rondavam o imaginário de cada um. Contudo, aos poucos alçamos

voos inusitados pelas expressividades que cada integrante ali ofertava, com as quais se tornou possível produzir debates que transformavam cada um que se arriscava a falar ao microfone, o que diluía as hierarquias que poderiam pairar pelo programa. Era um esquecimento em ato dos lugares identitários que cada um tinha chegado no começo da rádio que ali se processava, rumo a novas conexões de mundo.

Nesse voo livre, escolhemos previamente algumas ondas, mas, a partir delas, construímos algo singular na composição dos pensamentos que o coletivo da rádio experimentava em seu cotidiano de trabalho. Nesse sentido, podemos dizer que, via ondas sonoras, nos foi permitido pensar uma outra inscrição para o entendimento da loucura e para o sofrimento psíquico, em uma tentativa de transformar os diversos entraves que ainda pautam o campo da Saúde Mental, como a distância entre os usuários e os cuidadores, sendo permitido um outro tipo de aproximação durante os programas de rádio, com outros efeitos terapêuticos e de potência de vida. Da mesma forma, a aproximação do cuidado em saúde mental na comunidade, a cultura, enfim, ao território de vida das pessoas, mostra-se primordial para se pensar a atenção em saúde. O que, em nosso entendimento, pode permitir uma capilarização do pensar o que é sofrer psiquicamente com a sociedade, diluindo as estereotipias que vemos rondar o imaginário em sua produção de manicômios mentais existentes até os dias de hoje.

Mensagem final: dicas do dia

A constituição do Programa de Rádio Quartas Intenções nasceu devido ao desejo de uma prática direcionada à comunidade e aos seus dispositivos socioculturais, na intenção de potencializar a vida de quem viesse a participar de tal proposta radiofônica. Em se tratando do cuidado em saúde mental, parece-nos sempre importante dar espaço para parcerias como essas que experimentamos com o programa de rádio. Comunicação, saúde e produção cultural em composição permitem ampliar as ações de atenção à saúde em um movimento de reconhecimento do ser humano em sua integralidade e complexidade. A saúde como processo dinâmico e a cultura como espaço de realização humana em suas várias manifestações se agenciam para uma ampliação da clínica, da gestão do cuidado e, em última instância, da vida.

A cultura, enquanto estratégia inventiva do homem, produz mundos para lidar com as limitações e sofrimentos que angustiam o ser humano, sendo um importante aspecto nos processos terapêuticos de qualquer pessoa. Até porque é na cultura e por conta dela que adoecemos e, sem dúvida, é somente em um movimento de criação cultural que podemos diversificar a cultura posta, normatizada, que estigmatiza alguns amparada em um modelo ideal produzido. Lembremo-nos das palavras de Canguilhem (1990), em seu *O Normal e o Patológico*, quando ele descreve o quanto a produção de doença em uma

determinada sociedade pode ser vista como algo extremamente potente em um outro *socius* com diferentes valores.

O espaço radiofônico possibilita o ato de produzir cultura por meio das falas, dos pensamentos trocados e da diversidade que ocorre na relação locutor-ouvinte, com as ondas sonoras invadindo as paisagens subjetivas em trânsito no conjunto da sociedade. A valorização do usuário, ou melhor, a sua “transvaloração”, como nos diria Nietzsche (2003), permite uma abertura para que a loucura ocupe outro lugar na cultura e no território, rompendo com os estereótipos de perigo e de desrazão que ainda circundam no imaginário social. Dessa forma, é possível pensar outros modos de se relacionar com a loucura e com suas fragilidades, deslocando determinadas identidades que mais produzem adoecimentos que qualquer outra coisa, em um movimento de transformação dos valores postos em jogo pela cultura.

Decorridos aproximadamente três anos dessa experiência radiofônica, podemos observar o quanto se construiu em relação a um projeto de cuidado em saúde, especialmente em saúde mental. Novas referências de cuidado atravessadas pela intersetorialidade nos permeiam enquanto cuidadores e usuários diante do cenário posto. Se imaginávamos intervir em um espaço-tempo definido no cuidado em saúde nos enganamos, pois é notório o quanto não sabemos a dimensão que um encontro com a alteridade pode produzir à medida que o ambiente é contagiado ao caminhar por lugares até então impensáveis. No trabalho em saúde, somos convocados a intervir, só que nem sempre estamos atentos às interferências que repercutem em nós mesmos, o quanto sofremos transformações quando dispostos estamos para o processo relacional.

De tal modo, esta experiência da radiodifusão reflete a dupla repercussão no agir em saúde, no qual se pulula reverberações no usuário que expande seu repertório existencial para além das doenças, assim como ocorre o mesmo com os cuidadores que ampliam sua visão de saúde e, até mesmo, permitem-se compartilhar o cuidar com os usuários agora colegas de rádio, amigos de vida.

Por fim, nosso programa propõe-se a ir além das segundas e terceiras intenções, ele quer mais, múltiplas intencionalidades, intensidades que se agenciam na produção de uma coletividade que exige seu espaço, seu mundo singular em composição com a cultura posta a fim de modificá-la. A aposta do programa é fazer uma rádio reflexiva, de descoberta do novo por meio do cotidiano ali colocado na mesa de conversa, dos encontros entre as diferentes ideias que surgem, em um lançar interrogações ao contrário de apenas afirmar respostas. Boa tarde e até o próximo encontro radiofônico!

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BAPTISTA, A; LEE, R. Balado do Louco. In: MUTANTES. **Mutantes e Seus Cometas no País do Baurets**. Rio de Janeiro: Polydor Records, 1972.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

______. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: redes de produção de saúde. Brasília, 2009a.

______. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de Saúde**. Brasília, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de janeiro: Forense Universitária, 1990.

DELEUZE, G. Instintos e instituições. In: ______. **A ilha deserta e outros textos**. Edição preparada por David Lapoujade; organização da edição brasileira e revisão técnica Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Iluminuras, 2006.

______; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DETONI, M. Radiodifusão Comunitária: baixa potência, altas mudanças? O potencial das emissoras comunitárias como instrumento de transformação social. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE MÍDIA CIDADÃ, 5., 2009, Guarapuava. **Anais...** Guarapuava: [s.n], 2009. p. 864-883.

GIRARDI, I.; JACOBUS R. **Para fazer rádio comunitária com C maiúsculo**. Porto Alegre: Revolução de Ideias, 2009.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

LOBÃO; VILHENA, B. Vida Louca vida. In: ______. Vida Bandida. Rio de Janeiro: RCA Victor, 1987. Faixa 7.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 571-579, 2002.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, R. **Projeto Maluco Beleza**: a comunicação como dispositivo terapeutizante de (re)significação de sentido de vida, no contexto da reforma psiquiátrica. 2011. 217 f. Tese (Doutorado) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

NIETZSCHE, F. **Ecce Homo**: como cheguei a ser o que sou. Tradução Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2003.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Revista Vivência**, Natal, n. 32, p. 155-181 2007.

PALOMBINI, A. L.; CABRAL, K. V.; BELLOC, M. M. Dispositivos clínicos em saúde mental: a clínica na cidade entre o acontecimento e a permanência do AT à radiodifusão como estratégia de ocupação da cidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3., 2008, Niterói. **Anais...** Niterói: [s.n.], 2008.

PASCHE, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção hospitalar**. Brasília, 2011. p. 30-50. (Cadernos HumanizaSUS, v. 3).

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA, A, J. **Transtorno mental**: dificuldades enfrentadas pela família. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

RICARDO, P. Rádio Pirata. In: RPM. **Revoluções por Minuto**. Rio de Janeiro: Epic, 1985. Faixa 1.

Reportagem 3 – No Interior da Rede

Mariella Oliveira

Saiba como a saúde mental funciona em um pequeno município do Rio Grande do Sul

A cidade-sede do Mental Tchê fica a quase 200 km de Porto Alegre e possui pouco mais de 45 mil habitantes – metade deles na zona rural – e preocupa-se com a gestão colegiada em saúde mental. São Lourenço do Sul possui um colegiado gestor municipal desde 2010, que se reúne semanalmente com participação de representantes de todos os serviços de saúde mental do município, com gestão compartilhada e discussão coletiva dos desafios da rede de saúde, para que ela funcione com qualidade e garantindo o acesso dos usuários em todos os pontos, dispensando os hospitais psiquiátricos, com vários Caps, iniciativas de geração de emprego e renda e também leitos no Hospital Geral. O município trabalha também com uma tecnologia que é fundamental para a Política Nacional de Humanização, o apoio matricial em saúde mental. Na Atenção Básica desde 2010, os apoiadores trabalham com discussão de casos e intervenção semanal em cada uma das nove unidades de saúde da família, tanto na área urbana como na rural. "Como a atenção básica é a porta de entrada dos usuários no sistema, esse manejo da saúde mental nos ajuda a organizar a demanda para que só chegue ao Caps os casos graves", afirmou a coordenadora de saúde mental no município Graziela de Araújo Vasquez. Segundo ela, cerca de 70 profissionais atuam na saúde mental e a rede é organizada para nunca encaminhar para internação em hospital psiquiátrico nas cidades vizinhas. "Não concordamos com a lógica hospitalar da saúde mental que priva os usuários de visitas, liberdade, de tudo. Acreditamos no cuidado no território em que o usuário vive, sem tirá-lo do convívio, é possível trabalhar em rede e temos uma rede intersetorial também para travar discussões importantes", diz. Conheça os pontos desta rede que faz o SUS que dá certo em São Lourenço do Sul:

Nossa Casa

Segunda cidade do País a implementar um Caps,[1] São Lourenço do Sul inovou quando, em 1988, criou um espaço específico para os usuários de saúde mental que se assemelhava a uma residência, não a um serviço de saúde, o Centro Comunitário de Saúde Mental Nossa Casa, criado a pedido de uma usuária, a dona Vera Helena, por vezes em crise pelas ruas da cidade, queria ter uma casa pra chamar de sua. O médico psiquiatra Flávio Resmini montou, então, com uma equipe de saúde formada por acompanhante terapêutico, psiquiatra e enfermeiro, uma casa na qual todas as pessoas que passavam por transtorno psíquico pudessem estar, daí o nome "Nossa Casa". Em 1992, o espaço tornou-se Caps 1 Nossa Casa, e agregou outros profissionais à equipe, como psicólogos, secretários, serviços gerais e cozinheiras, técnicos de Enfermagem, enfermeiro, acompanhantes terapêuticos, médicos, motorista e assistente social que se reúnem semanalmente. Funciona das 8 às 18 horas. Por lá, cada usuário, quando chega, tem construído seu projeto terapêutico singular (PTS), para atender às necessidades individuais daquela pessoa, e o Caps oferece

[1] O primeiro Caps do País teve início em São Paulo – Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como Caps Itapeva, inaugurado em março de 1986.

transporte, três refeições diárias e várias atividades ao longo da semana, como oficinas de artesanato, bisqui, tapeçaria, caminhadas, grupo de dança alemã, coral, grupo de contos, grupos de saúde clínica (diabetes, colesterol), rodas de conversa e até pagode, às sextas-feiras à tarde. Atualmente, cerca de 80 usuários são referenciados neste Caps. Desde sua criação, mais de 5.900 pessoas já passaram por lá. "Acolhemos usuários com transtorno mais grave e trabalhamos seu PTS para que ele possa trabalhar, viver em sociedade sem se excluir devido a sua singularidade ou nos momentos de crise, quando eles mesmos temem o convívio", afirmou a psicóloga do Caps, Simone Vargas.

Careta

O Centro de Atenção e Reabilitação em Tóxico Dependência e Alcoolismo (Caps ad CARETA) aposta na reinserção dos usuários na comunidade, com acolhimento, avaliação multiprofissional, terapias individuais e em grupo, promoção de abstinência e oficinas terapêuticas de pesca, expressão artística, cuidados pessoais, atividades esportivas e culinária. No Mental Tchê, os usuários desse Caps ofereceram Café Colonial aos participantes.

Já passaram pelo Caps CARETA mais de 1.380 usuários e, atualmente, há 25 sendo acompanhados. Eles recebem 3 refeições diárias e são cuidados por 13 trabalhadores de saúde, incluindo até mesmo a cozinheira Sonia Silveira, que trabalha no Caps há 8 anos. "Gosto de cuidar, além de cozinhar, pois são pessoas discriminadas pela sociedade", afirmou Silveira. "Ela convive direto com os usuários, sabe de seus anseios e trajetória como ninguém", afirmou a coordenadora do Caps, Martha Haertel, há 9 anos no serviço. Ela explica ainda que o Caps está inserido na rede de saúde e encaminha quem está bem para a Lokomotiva.

Lokomotiva

Autonomia, comprometimento e responsabilidade fazem parte da rotina de trabalho exigida dos participantes do Centro Integral de Reabilitação Laboral de Saúde Mental, mais conhecido como Lokomotiva. Essa extensão do Caps funciona desde 2007 para inserir no mercado de trabalho quem nunca trabalhou ou aquele que está afastado do trabalho e quer voltar. As atividades são organizadas em duas linhas de produção: diariamente há o artesanato em palha e sabuco de milho, aperfeiçoado com consultoria do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) e, três vezes por semana, produção alimentícia de bolachas e de pães para festas e eventos. Quando entra na Lokomotiva, o usuário inicialmente observa o trabalho ao longo de uma semana e, em seguida, escolhe em qual das linhas de produção ficará, bem como seus dias de trabalho, sendo que as faltas devem ser justificadas. Atualmente, 50 usuários participam da proposta, cada um com seu objetivo: uns querem aprender o ofício para trabalhar em suas casas, outros vão se habituar com a dinâmica da linha de produção para buscar emprego em outros

locais. Uma das fundadoras do Lokomotiva, a terapeuta ocupacional Samantha Barcelos Grigoletti, ressalta que a qualidade dos produtos é responsabilidade de cada usuário que ali é tratado como trabalhador. "Temos a preocupação de que o trabalho seja encarado com seriedade. Ninguém vai comprar porque são coitadinhos, mas porque o produto tem utilidade e qualidade", afirmou. Concorda com ela o participante Valdomiro Trepto "Tem que sair tudo perfeito, pois quanto mais bonito, melhor pra vender. Fazemos em média duas peças por dia, de segunda a sexta-feira, e sábado de manhã vendem na feira da cidade," disse.

O Lokomotiva foi inspirado no Geração POA, iniciativa de trabalho e geração de renda que há 15 anos existe no SUS da capital gaúcha. Acesse o vídeo comemorativo do Geração POA neste *link*: <http://www.redehumanizasus.net/62232-trabalho-e-renda-para-os-usuarios-de-saude-mental>.

Cuidado em saúde mental infantil

O Caps Infantil Serviço de Atenção à Criança pela Inclusão (Saci) possibilita que as crianças da região tenham oficinas terapêuticas uma vez por semana, em grupos de quatro a oito participantes, acompanhadas por dois profissionais. Elas chegam ao serviço geralmente encaminhadas pelas escolas, conselhos tutelares ou alguma área e passam pelo acolhimento. Em seguida, são avaliadas pela equipe multidisciplinar que discute coletivamente os casos e constrói para cada criança um projeto terapêutico singular. O Caps I Saci oferece também grupos de pais, de adolescentes e reuniões familiares.

Apoio à formação profissional

Por ser referência na rede de saúde mental, a cidade de São Lourenço desde 2012 recebe residentes na área de saúde mental da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Estudantes de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Educação Física dividem-se nos Caps e atualizam as práticas de saúde mental na cidade, com seu olhar crítico e acadêmico. No primeiro ano da residência, os profissionais escolhem em qual serviço vão atuar, no segundo, atuam no apoio matricial e também no Hospital Geral. Se optarem pelo terceiro ano de residência, serão alocados em projetos da gestão e da educação em saúde. Fernanda Penkala é uma das orientadoras da residência multiprofissional no município e acredita que a atividade problematiza a rede de saúde, apoiando na reestruturação constante da rede de serviços. "Esta residência é para a formação de trabalhadores para o SUS, diferente da lógica acadêmica que forma para as especialidades individuais" afirma a médica que é psiquiatra no SUS há 20 anos. Concorda com ela a coordenadora de saúde mental no município, Fernanda Vásquez, que considera estratégico se repensar e atualizar as equipes de saúde. "Os residentes provocam debates e a equipe, os usuários e os gestores reveem seu papel na rede de atenção. A academia não fala em SUS, somos

formados para ler Freud. Sou militante da luta antimanicomial e vi pouco sobre SUS na faculdade, quando na verdade há muito mais possibilidades de resolução no SUS, com as equipes multidisciplinares que não existem no setor privado. Com isso, pode-se suprir as necessidades dos usuários com rapidez, articulando a rede. Não posso impor que o usuário viva conforme a minha maneira de viver a vida", finalizou Vasquez.

São Lourenço do Sul não é a única cidade do País na qual há uma rede de saúde mental eficiente. A cidade de Campinas/SP possui todos os equipamentos de saúde mental, desde Caps a Centros de Desenvolvimento Cultural, inclusive com unidades na atenção básica com equipes de saúde mental, além de contar com apoio matricial.

A rede de saúde mental, porém, não está a salvo dos problemas do SUS. A pesquisadora e psicanalista Rosana Onocko Campos, da Universidade Estadual de Campinas, acredita que é preciso investir mais para que os profissionais se fixem no SUS, garantindo que a rede de saúde não tenha lacunas. "Fizemos um estudo avaliativo sobre a atenção básica em Campinas, na opinião dos usuários e para eles é difícil se vincular quando há rodízio de profissionais. Se o pagamento dos profissionais é baixo, se há apenas terceirizados, sem plano de carreira, não é possível garantir uma rede de saúde eficaz", afirmou.

Figura 1 – Lokomotiva em Ação nos bastidores do Mental Tchê

Fonte: Mariella Oliveira.

Figura 2 – Produtos confeccionados pelos usuários para geração de renda

Fonte: Mariella Oliveira.

Confira os números da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil (2012)

- 1843 Caps
- 92 consultórios de rua
- 603 Serviços Residenciais Terapêuticos, com 3.294 moradores
- 657 iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais
- 51 Centros de Convivência e Cultura
- 4.014 beneficiários no Programa de Volta para Casa
- 44 Unidades de Acolhimento
- 4.121 Leitos em Hospital Geral

Conheça a atual legislação da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil:

- **PORTARIA MS/GM Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **PORTARIA MS/GM Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- **PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- **PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
- **PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012.** Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
- **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
- **PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS.
- **PORTARIA Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.** Institui incentivo financeiro para o desenvolvimento do componente da reabilitação psicossocial, no âmbito da RAPS.
- **PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

- **PORTARIA Nº 1.615, DE 26 DE JULHO DE 2012**. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148 MS/GM, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Reportagem 4 – Matriciamento em Saúde Mental e Cogestão Fazem a Diferença em Campinas

Mariella Oliveira

A população com transtorno mental deve ter acesso aos serviços de saúde, da atenção básica à urgência e emergência, como qualquer outro cidadão, porém nem todos os profissionais são preparados para tratar um usuário em crise.

Pensando nisso, o município de Campinas há dez anos agrega psiquiatras às equipes do Samu. "Antigamente, quando alguém entrava em crise, quem ia buscar era uma ambulância vazia, com uma grade, e era muito desumano. Campinas inseriu o especialista na unidade de emergência para qualificar o atendimento", afirmou a psiquiatra Sara Maria Teixeira Sgobin, que compõe a coordenação da área técnica de saúde mental do município. Segundo ela, um próximo passo da Reforma Psiquiátrica seria que a formação do médico generalista englobasse aspectos de urgência e emergência em Psiquiatria.

Até que haja esta mudança, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas aposta no matriciamento das equipes, com discussão de casos entre os profissionais e compartilhamento de experiências. "Nem todo mundo é capacitado pra fazer contenção, por exemplo, e muitos profissionais têm medo de ser agredidos ou são preconceituosos. O matriciamento transmite o conhecimento e a técnica fazendo junto", disse. Essa tecnologia de apoio matricial está disseminada em vários pontos da rede de saúde. Nos Caps III, que acolhem, em média, 15 casos novos por mês e têm capacidade total de 300 pacientes em atendimento por serviço, acontece matriciamento regular (semanal ou quinzenal) em 41 dos 64 Centros de Saúde do Município. "É uma via de mão dupla: o matriciamento qualifica as ações dos centros de saúde, para os casos em que há relação com a saúde mental, ao mesmo tempo em que nós do Caps somos instrumentalizados pelos profissionais da atenção básica para acompanhar usuários que porventura tenham diabetes, hipertensão, por exemplo", afirma a coordenadora do Caps III Davi Capistrano, Marina Fernandes Santos. Esse Caps é referência para cinco centros de saúde e seus trabalhadores participam da reunião das miniequipes da Estratégia de Saúde da Família, discutem casos, fazem visita domiciliar e também a busca ativa dos usuários, a partir da troca de informações com os agentes comunitários e equipes de Enfermagem, bem como atendimentos conjuntos.

Já os Caps ad realizam matriciamento em 12 serviços apenas, devido à sobrecarga de demanda. Nos 4 primeiros meses de 2013, mais de 900 usuários passaram por atendimento nos 3 serviços, com média de 35 casos novos por mês. "Investir em Caps ad III é necessário, pois diminuiria em 50% a necessidade de internação hospitalar, já que estes equipamentos ampliam o horário de acolhimento e as ofertas terapêuticas, facilitando o acesso ao tratamento por parte de um maior número de usuários. Se eu tenho um equipamento com um leito de retaguarda, encaminho para o hospital só os casos que precisam de desintoxicação forte", afirmou Sgobin.

A cidade possui dois milhões de habitantes mas conta apenas com dois Caps i, enquanto a recomendação do Ministério da Saúde é de um para cada 200 mil habitantes, e encontra no matriciamento uma possibilidade para driblar esse déficit de atendimento, cobrindo atualmente 40% dos centros de saúde. De janeiro a abril de 2013, foram acolhidos 64 novos casos. Ora os profissionais dos Caps i vão até os serviços discutir casos, ora são os trabalhadores dos serviços que visitam os Caps. Além disso, em média, cada serviço acompanha 150 crianças e adolescentes por mês, sendo 35% deles usuários de substâncias psicoativas. A psiquiatra Ana Luisa Marques Tratale trabalha no Caps i Centro de Vivência Infantil e explica como essa interação entre os profissionais é importante para articular a rede. “É um aprendizado mútuo, independente do local onde se é feito, se saio do Caps ou recebo alguém pra discutir casos”, diz.

Gestão compartilhada e geração de renda

Outro aspecto interessante da saúde mental em Campinas são os fóruns, com participação de todos os serviços e áreas que compõem a rede de saúde e também as redes intersetoriais, tanto dentro de cada um dos cinco distritos de saúde como também as que englobam todo o município, para troca de saberes e compartilhamento de casos. A Rede ad, por exemplo, promove o diálogo entre a Rede de Saúde e as Comunidades Terapêuticas; já a Câmara Técnica de Saúde Mental discute a política de forma mais técnica. Outro espaço de cogestão é a reunião bimestral da Rede Mista, que congrega não só a área da Saúde, mas a assistência social, a educação, a cultural, de lazer e de esporte nos distritos. Mensalmente são realizadas ainda as supervisões de eixo, com representantes dos Caps III, Centros de Saúde e urgência nos distritos e discutem casos com supervisores da Rede de Saúde. “Isso fortalece muito a nossa rede, pois dá pra entender os fluxos da rede, com aproximação dos diferentes setores. Os fóruns possibilitam o conhecimento da rede, são o que sustenta a rede”, finaliza Sgobin .

Há ainda a Rede da Criança, a Comissão de Moradias e o Fórum Gera Renda. Este último existe desde 2005 com participação de profissionais de saúde e usuários participantes das oficinas de geração de renda. A princípio, a proposta era estabelecer articulação entre os profissionais que trabalhavam com geração de renda na área da Saúde. Atualmente, mais de 300 pessoas integram as oficinas realizadas em Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Convivência, Caps e em dois serviços específicos: o Núcleo de Oficina de Trabalho (dentro do Serviço de Saúde Cândido Ferreira) e a Casa das Oficinas, na região noroeste de saúde. Há oficinas para produção de vitrais, construção civil, artesanato, culinária, eventos, entre outros. Os produtos são comercializados e o lucro é dividido entre os participantes ou parte dele vai para uma reserva do grupo. “Esperamos que o recurso arrecadado com a comercialização dos produtos das oficinas não seja só um complemento de renda, mas algo significativo para eles. Temos pessoas que entram nas

oficinas e depois com o aprendizado do ofício, passam a ter novos interesses, buscar outros cursos e vão para o mercado formal de trabalho. Outros estão há muitos anos conosco, com poucas possibilidades de encaminhamento, mas as oficinas, e não o dinheiro, é o que faz sentido para elas, e é preciso respeitar isso", afirmou o Rodrigo Presotto, responsável pelas atividades de geração de renda. Os Centros de Convivência têm também atividades de geração de renda, ligados à atenção básica e não restritos à saúde mental, e são abertos à comunidade para realização de oficinas de rádio, artesanato, informática, importantes para a socialização dos usuários e a diminuição do preconceito.

Esses diferenciais sustentam a rede de saúde, com 5 pronto atendimentos e 3 pronto-socorros (dois deles com plantão 24 horas), 6 Caps III, 1 Caps III ad, 2 Caps II ad, 2 Caps Infantil, 32 Residências Terapêuticas, 1 Projeto de Inclusão Social para o Trabalho, 12 Centros de Convivência (6 deles ainda em implantação), 1 Consultório na Rua, 1 Escola de Redução de Danos, 20 leitos em hospital geral e 63 centros de saúde nos quais se distribuem 108 profissionais de saúde mental (entre psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras).

Conheça outros aspectos da Rede de Atenção Psicossocial da cidade:

Atenção hospitalar

Nos 4 primeiros meses de 2013, foram realizadas 195 internações e 48 internações de observação (em leitos de 72 horas), sendo, em média 80% da demanda para transtorno mental e entre 50% e 70% por uso de *crack*, álcool e outras drogas. A cidade conta com 20 leitos de enfermaria no Complexo Hospitalar Ouro Verde, sendo 2 preferenciais para crianças e adolescentes. Além de 40 leitos de internação integral, 6 leitos (72 horas) e 10 leitos (noite) no Núcleo de Retaguarda do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Os leitos são disponibilizados pela Central de Regulação de Vagas do município, que organiza os fluxos. O usuário com maior vulnerabilidade é acolhido no Caps para construção de seu projeto terapêutico singular e, dependendo da gravidade, os trabalhadores do Caps acionam a Central de Regulação. Há também fluxo que se dá por meio dos serviços de urgência e emergência, quando é necessário um ambiente protegido e com estrutura para manejo da crise. "É um equipamento de retaguarda, todos os serviços da rede, incluindo centros de saúde, Caps, solicitam através da central de vagas", afirmou o médico psiquiatra Wellington Alencar Carvalho que atualmente trabalha no Centro de Saúde São José e no Complexo Hospitalar Ouro Verde.

Serviço Residencial Terapêutico

A cidade conta com 35 casas, que beneficiam 231 usuários. A ideia é que a maioria delas fique próxima aos Caps III, com equipes que as respaldem. Inicialmente eram destinadas aos egressos do Hospital Cândido Ferreira, mas atualmente abriga também usuários que

perderam o vínculo com a família. Vinte e sete delas são habilitadas pelo Ministério da Saúde que realiza o financiamento. As demais estão em processo de habilitação. "Não fossem as residências, os usuários permaneceriam morando no hospital, o que não é o mais adequado para quem está em recuperação. É preciso contato com a comunidade, conviver com outras pessoas. Alguns deles passam um tempo aqui, depois se reestruturam, voltam ao trabalho, e decidem se mudar", afirma Denise Fonseca de Moraes que compõe a área técnica de saúde mental da SMS.

Consultório na rua

É um importante articulador do cuidado, contando com a equipe de dois médicos, um enfermeiro, três redutores de danos, uma assistente social, uma psicóloga, um motorista sob a coordenação da educadora física e gestora Alcyone Apolinário Januzzi. Ela afirma que há integração com a atenção básica que faz coleta de exames e é o ponto de referência quando é preciso realizar um atendimento com mais privacidade, em uma consulta pré-natal, por exemplo. "Enquanto não temos um trailer, encaminhamos para as unidades o que não é possível atender na rua e criamos um projeto terapêutico singular com a equipe", afirma.

Elaboração de texto:

Adair Alves Flores, Adriana Hashem Muhammad, Adriana Porto da Conceição, Aldo Rezende de Melo, Alice Grasiela Cardoso Rezende Chaves, Aline Baccarim N. Quintas, Aline Costa, Amanda Soares Careno, Amauri Nogueira, Ana Karenina Arraes Amorim, Ana Paula Gomes Candido, Ana Rita Trajano, Anselmo Clemente, André Luis Leite de Figueiredo Sales, Andrea Romanholi, Analice de Lima Palombini, Ariane Marinho Santana, Ariane Brum de Carvalho Bulhões, Bianca Mara Maruco Lins Leal, Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Carlos Augusto Piccinini, Carolina Eidelwein, Cássio Streb Nogueira, Cecília de Castro e Marques, César Gustavo Moraes Ramos, Clarisse Vieira, Cecília Brito, Dagoberto Oliveira Machado, Débora Leal, Débora Moisés Duarte, Diego Drescher, Eduardo Eggres, Eduardo Passos, Elisabeth Sabino dos Santos, Fábio Hebert da Silva, Fernando Medeiros, Girliane Silva de Sousa, Guilherme Soares, Gustavo Zambenetti, Ianny Medeiros, Irenides Teixeira, Jader Leite, Janaina Madeira Brito, Joana Angélica Macedo Oliveira, Jonatha Rospide Nunes, Jorge Melo, Juliana Araújo Silva, Júlio César dos Santos Andrade, Kamila Siqueira, Karina Ferreira Cunha, Larry Fernando Didrich, Laura Lamas Martins Gonçalves, Liana Cristina Della Vecchia Pereira, Liliana da Escóssia, Luana Silveira da Silveira, Luciana Togni de Lima e Silva Surjus, Luciano Marques Lira, Lumena Celi Teixeira, Mardônio Parente de Menezes, Magda Dimenstein, Maria Angélica Zamora Xavier, Maria Clara Bezerril, Maria Cristina Campello Lavrador, Maria Regina do Nascimento, Marília Silveira, Mário Francis Petry Londero, Meyrielle Belotti, Mariella Silva de Oliveira, Michele de Freitas Faria de

Vasconcelos, Milene Calderaro Martins, Michele dos Santos Ramos Lewis, Mirian Ribeiro Conceição, Mônica de Oliveira Nunes, Nilson Souza do Nascimento, Patrícia Rodrigues Rocha, Paula B. Schaeppi, Paulo Ricardo Ost, Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn, Regina Longaray Jaeger, Renata Flores Trepte, Renato Félix Oliveira, Renato Luiz Rieger da Nova, Roberto do Nascimento, Rodrigo Fernando Presotto, Rosana Onocko Campos, Rosane Azevedo Neves da Silva, Rosemeire Silva, Rosemeire Almeida, Rosimeira Delgado, Sandra Maria Schmitz Hoff, Sérgio Carvalho, Silvio Yasui, Simone Mainieri Paulon, Simone Maria de Almeida Barbosa, Sofia Mendonça, Stella Maris Chebli, Tadeu de Paula Souza, Taísa Belém do Espírito Santo Andrade, Tania Mara Galli Fonseca, Thaís Mikie de Carvalho Otanari, Vania Roseli Correa de Mello, Victor Meneses de Melo, Viktor Gruska.

Conselho de Pareceristas:

Ana Lucia C. Heckert (Ufes)

Cleci Maraschin (UFRGS)

Cláudia Abbes Neves (UFF)

Liane Beatriz Righi (UFRGS)

Luiz Antonio Baptista (UFF)

Marta Conte (SES/RS)

Maria Cláudia Matias (UFSC)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFSE)

Maria Teresa Nobre (UFRN)

Mauricio Mangueira (UFSE)

Neuza Guareschi (UFRGS)

Paula Furlan (UnB)

Ricardo Pena (Unicamp)

Sérgio Arakagui (PNH-MS)